



Estimateur des coûts par patient

Notes méthodologiques
et glossaire



Institut canadien
d'information sur la santé

Canadian Institute
for Health Information

La production du présent document est rendue possible grâce à un apport financier de Santé Canada et des gouvernements provinciaux et territoriaux. Les opinions exprimées dans ce rapport ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada ou celles des gouvernements provinciaux et territoriaux.

À moins d'indication contraire, les données utilisées proviennent des provinces et territoires du Canada.

Tous droits réservés.

Le contenu de cette publication peut être reproduit tel quel, en tout ou en partie et par quelque moyen que ce soit, uniquement à des fins non commerciales pourvu que l'Institut canadien d'information sur la santé soit clairement identifié comme le titulaire du droit d'auteur. Toute reproduction ou utilisation de cette publication et de son contenu à des fins commerciales requiert l'autorisation écrite préalable de l'Institut canadien d'information sur la santé. La reproduction ou l'utilisation de cette publication ou de son contenu qui sous-entend le consentement de l'Institut canadien d'information sur la santé, ou toute affiliation avec celui-ci, est interdite.

Pour obtenir une autorisation ou des renseignements, veuillez contacter l'ICIS :

Institut canadien d'information sur la santé
495, chemin Richmond, bureau 600
Ottawa (Ontario) K2A 4H6
Téléphone : 613-241-7860
Télécopieur : 613-241-8120
icis.ca
droitdauteur@icis.ca

ISBN 978-1-77479-239-1 (PDF)

© 2023 Institut canadien d'information sur la santé

Comment citer ce document :

Institut canadien d'information sur la santé. *Estimateur des coûts par patient : notes méthodologiques et glossaire*. Ottawa, ON : ICIS; 2023.

This publication is also available in English under the title *Patient Cost Estimator: Methodology Notes and Glossary*.

ISBN 978-1-77479-238-4 (PDF)

Table des matières

Introduction	4
La méthode de calcul des estimations de l'ICIS.	5
Groupe de maladies analogues	5
Pondération de la consommation des ressources	5
Coût d'un séjour standard à l'hôpital	5
Estimations des coûts hospitaliers	6
Estimations des coûts liés aux médecins	6
Variabilité des estimations des coûts moyens liés aux médecins et des estimations des coûts hospitaliers moyens	9
Moyennes de la durée du séjour	9
Limites de l'estimation des coûts pour un patient.	10
Variabilité des estimations des coûts moyens	10
Mise à jour d'octobre 2023.	11
Glossaire	11
Base de données canadienne SIG (BDCS)	11
Base de données sur les congés des patients (BDGP)	11
Cas.	12
Coût d'un séjour standard à l'hôpital (CSSH).	12
Distribution asymétrique.	12
Durée du séjour	12
Facturation des médecins durant le séjour à l'hôpital.	12
Facturation pro forma.	12
Groupe d'âge	13
Groupe de maladies analogues (GMA)	13
Méthodologie de regroupement GMA+.	13
Normes SIG	14
Patient hospitalisé	15
Pondération de la consommation des ressources (PCR).	15
Répertoire sur la facturation des médecins à l'échelle des patients (FMFP)	15
Volume	15
Pour un complément d'information.	16

Introduction

L'Estimateur des coûts par patient (ECP) est un outil interactif mis au point par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) afin d'estimer le coût moyen des différents services fournis dans les hôpitaux. Il présente l'information à l'échelle du pays, par province et territoire, et par groupe d'âge des patients. L'outil calcule le coût moyen estimé des services fournis à un patient typique hospitalisé en soins de courte durée. Cette estimation tient compte des frais encourus par l'hôpital lors de la prestation des services, mais exclut tous les honoraires des médecins, puisque ces derniers sont habituellement rémunérés directement par la province ou le territoire et non par l'hôpital. L'outil comprend également les coûts estimés de la rémunération des médecins dans 7 provinces.

Dans l'ensemble, l'ECP présente

- les estimations des coûts hospitaliers moyens par groupe de maladies analogues (GMA), selon l'autorité compétente et le groupe d'âge;
- les estimations des coûts moyens liés aux médecins durant un séjour à l'hôpital, par GMA et selon le groupe d'âge, pour 7 provinces (Terre-Neuve-et-Labrador, Nouvelle-Écosse, Ontario, Manitoba, Saskatchewan, Alberta et Colombie-Britannique);
- la durée moyenne du séjour par GMA, selon l'autorité compétente et le groupe d'âge;
- les volumes par GMA, selon l'autorité compétente et le groupe d'âge;
- des rapports sommaires.

L'outil vise les patients hospitalisés typiques, qui représentent environ 83 % de tous les cas soumis à l'ICIS par les hôpitaux de soins de courte durée en 2021-2022. Les patients typiques sont ceux dont le traitement a suivi son cours normal et prévu. En principe, les résultats imprévus comme les décès, les transferts ou les séjours prolongés ne sont pas compris dans le calcul du coût moyen estimé. Notez que certains GMA comportent en majorité des cas atypiques (moins de 50 % des cas étaient typiques dans 54 % des GMA en 2021-2022).

Les résultats à partir de 2020-2021 devraient être interprétés dans le contexte de la pandémie de COVID-19. Pour en savoir plus, consultez notre [page sur l'incidence de la COVID-19 sur les systèmes de santé du Canada](#). La méthodologie de regroupement GMA+ 2022 de l'ICIS n'inclut pas de GMA distinct pour la COVID-19. Pour obtenir une estimation des coûts, les utilisateurs devraient consulter [les statistiques de l'ICIS sur les hospitalisations et les visites au service d'urgence liées à la COVID-19](#).

Par ailleurs, l'utilisateur doit savoir que les résultats des comparaisons des coûts estimés ou des moyennes de la durée du séjour entre les provinces et les territoires peuvent ne pas être comparables. En effet, les modèles de prestation de soins de santé varient d'une province ou d'un territoire à l'autre (p. ex. les provinces et territoires peuvent faire appel à des fournisseurs différents). De même, les données financières fournies à l'ICIS varient selon la province ou le territoire (p. ex. des taux de rémunération qui fluctuent à l'échelle du pays ont une incidence significative sur les estimations des coûts).

La méthode de calcul des estimations de l'ICIS

La méthode repose sur des données financières, cliniques et liées aux médecins fournies à l'ICIS, de même que sur les outils de l'ICIS qui suivent.

Groupe de maladies analogues

Chaque cas soumis à l'ICIS est classé dans une catégorie clinique principale (CCP) et un GMA selon la nature de l'activité et le nombre de ressources requises pour que les services soient dispensés à l'hôpital. Les activités semblables sont regroupées; par exemple, le GMA 110 regroupe tous les services fournis à un patient hospitalisé qui ont trait à la transplantation d'un poumon. [Apprenez-en plus sur la méthodologie de regroupement GMA+](#).

Pondération de la consommation des ressources

Une pondération de la consommation des ressources (PCR) est attribuée à chaque cas de patient hospitalisé soumis à l'ICIS. Cette valeur représente les ressources relatives utilisées par un patient. Plus précisément, la PCR est une valeur relative qui décrit la consommation de ressources prévue pour un patient « moyen » dans un GMA. La PCR peut également être rajustée pour tenir compte de l'âge (ainsi, en général, la PCR attribuée à un patient âgé présentant un plus grand nombre de problèmes de santé et qui serait susceptible de consommer davantage de ressources serait supérieure à celle d'un patient plus jeune dans le même GMA). [Apprenez-en plus sur la méthodologie de la PCR](#).

Coût d'un séjour standard à l'hôpital

Pour chaque province et territoire, le coût d'un séjour standard à l'hôpital (CSSH) moyen est calculé à partir du total des coûts fournis par les hôpitaux. Le CSSH à l'échelle d'une province ou d'un territoire représente le coût moyen d'un patient recevant des services dans un hôpital de cette province ou ce territoire. Pour des précisions sur la méthodologie du CSSH et les données utilisées pour le calculer, voyez la section En détail de l'outil [Web Votre système de santé](#) de même que le [fichier Excel exportable](#) à partir de l'outil.

Estimations des coûts hospitaliers

Le CSSH propre à une province ou à un territoire est calculé à l'aide des données financières consignées dans la Base de données canadienne SIG (BDCS) pour 2021-2022, et des cas pondérés consignés dans la Base de données sur les congés des patients (BDPC) pour 2021-2022 regroupés selon la méthodologie de regroupement GMA+ de 2022.

$$\text{CSSH} = \text{total des coûts pour les patients hospitalisés} \div \text{total des cas pondérés}$$

Les estimations des coûts hospitaliers ne comprennent pas les paiements versés aux médecins ni les dépenses d'amortissement des terrains, des bâtiments et de l'équipement de service des bâtiments.

L'estimation du coût des services fournis à un patient hospitalisé typique correspond à la moyenne obtenue par la multiplication du CSSH dans la province ou le territoire désigné par la PCR moyenne de tous les cas typiques d'un GMA et d'un groupe d'âge donnés.

Estimations des coûts liés aux médecins

La plupart des médecins sont rémunérés pour leurs services cliniques par les régimes provinciaux et territoriaux d'assurance maladie. Dans l'ECP, les estimations des coûts hospitaliers sont obtenues à l'aide d'une série de calculs fondés sur les données de l'ICIS sur les sorties des hôpitaux, lesquelles ne comprennent pas l'information sur les régimes d'assurance maladie.

Maintenant que l'ICIS dispose des données de 7 provinces sur la rémunération des médecins à l'échelle des patients, nous pouvons générer les coûts hospitaliers totaux par groupe de patients, puisque les coûts liés aux médecins peuvent également être regroupés par GMA ou CCP, et être intégrés aux coûts moyens dans l'ECP. L'ajout de ces données permet d'obtenir une mesure plus complète des coûts liés à la prestation des soins dans les hôpitaux. Afin d'éliminer les valeurs aberrantes extrêmes dans les données sur la facturation des médecins à l'échelle des patients (FMEP), nous avons tronqué de 1 % les deux extrémités de tous les GMA comportant un volume d'au moins 30 cas.

Il est à noter que les comparaisons interprovinciales pourraient comporter des différences du fait que les tarifs d'honoraires et les sources de financement pour les services de laboratoire clinique et d'imagerie médicale varient à l'échelle du Canada. Par conséquent, les données sur la FMEP n'englobent pas tous les paiements versés aux médecins pour ces services.

À titre d'exemple, si les paiements versés aux radiologistes et aux pathologistes proviennent des régimes provinciaux ou territoriaux d'assurance maladie, ils sont inclus dans les données sur la FMEP. À l'inverse, si les médecins sont rémunérés par l'entremise de subventions aux hôpitaux, ces paiements seront inclus dans les estimations des coûts hospitaliers. Il se peut aussi que les estimations des coûts liés aux médecins par GMA fondées sur de faibles volumes (inférieurs à 10) soient incohérentes et fassent l'objet d'un retrait.

Calcul

Données et couplages

L'ICIS a utilisé 2 bases de données pour calculer les estimations des coûts liés aux médecins : le Répertoire sur la FMEP et la BDCP. Les données de 2017-2018 à 2021-2022 de Terre-Neuve-et-Labrador, de la Nouvelle-Écosse, de l'Ontario, du Manitoba, de la Saskatchewan, de l'Alberta et de la Colombie-Britannique ont servi à l'établissement de tendances.

Nous avons regroupé l'information clinique de la BDCP à l'aide de la méthodologie GMA+ de 2022, puis avons couplé ces données cliniques regroupées avec les données sur la FMEP, par province émettrice du numéro d'assurance maladie (NAM) et par NAM chiffré, respectivement.

Facturation des médecins à l'échelle des patients (FMEP)

Les données sur la facturation des médecins à l'échelle des demandes de remboursement représentent les paiements versés aux médecins par les gouvernements provinciaux pour des services médicaux assurés par le secteur public. Toutes les données disponibles sur les demandes de remboursement des médecins selon un mode de facturation à l'acte ou pro forma ont été prises en compte.

Élimination des valeurs aberrantes extrêmes dans les données sur la FMEP

Une technique de « troncage » a été utilisée pour éliminer les valeurs aberrantes extrêmes dans les données sur la FMEP. Avant de calculer la moyenne, nous avons tronqué de 1 % les deux extrémités de tous les GMA comportant un volume d'au moins 30 cas, afin d'exclure les valeurs aberrantes. Pour les GMA ayant un volume de 10 à 29 cas, nous avons retenu tous les cas typiques de patients hospitalisés en soins de courte durée et n'avons effectué aucune suppression. Dans certains cas, nous avons tout de même dû arrondir au nombre entier le plus près pour éviter que le volume de patients tronqué donne une fraction.

Méthodologie

Les données cliniques et les données sur la facturation des médecins ont d'abord été couplées, puis agrégées à l'échelle du cas. Le troncage de 1 % à chaque extrémité a permis de supprimer les valeurs aberrantes dans les données sur la FMEP. Les moyennes tronquées des coûts liés aux médecins ont ensuite été estimées à l'échelle provinciale par GMA, ou par GMA et groupe d'âge, pour chaque exercice.

La **moyenne tronquée de 1 % des coûts estimés liés aux médecins** durant un séjour à l'hôpital, par GMA, à l'échelle provinciale, est calculée comme suit :

$$\bar{y}_{1\%n} = \frac{1}{n-2(1\%n)} \sum_{i=1\%n+1}^{n-1\%n} y_{(i)}$$

où n représente le nombre de cas typiques de patients hospitalisés en soins de courte durée pour lesquels un médecin a soumis au moins une demande de remboursement au cours de leur séjour à l'hôpital, pour chaque GMA dans la province, et y_i représente la statistique d'ordre de rang i lorsque tous les coûts liés aux médecins pour chaque cas sont organisés en ordre croissant par GMA :

$$y_{(1)} \leq y_{(2)} \leq \dots \leq y_{(n)}$$

Limites

La moyenne tronquée est une technique couramment utilisée en analyse statistique. Comme il n'existe aucune valeur de référence établie pour les coûts moyens liés aux médecins par GMA, nous n'avons aucune base sur laquelle nous appuyer. Nous avons choisi d'effectuer un troncage de 1 % après examen des données sur la FMEP, dans l'optique de nous en tenir au troncage minimum requis pour supprimer l'incidence des valeurs aberrantes extrêmes sur les moyennes des coûts estimés liés aux médecins. Un certain degré de subjectivité a été nécessaire pour déterminer ce qui constitue une valeur aberrante.

Variabilité des estimations des coûts moyens liés aux médecins et des estimations des coûts hospitaliers moyens

Les estimations des coûts moyens liés aux médecins présentent une distribution moins asymétrique que les estimations des coûts hospitaliers moyens. L'ajout des coûts liés aux médecins ne vient pas modifier l'asymétrie des estimations des coûts hospitaliers totaux. Globalement, l'inclusion des coûts liés aux médecins n'aurait pas d'incidence sur la variabilité des estimations des coûts hospitaliers totaux.

Moyennes de la durée du séjour

La durée du séjour (DS) des patients hospitalisés est mesurée de 3 façons dans la BDCP :

- la DS totale;
- la DS en soins de courte durée;
- la DS dans un niveau de soins alternatif (NSA).

La DS totale représente les jours passés par le patient dans l'établissement :

DS totale = date de la sortie – date de l'admission

Si la date d'admission est la même que la date de sortie (différence de 0), la DS calculée est 1.

La DS totale se divise en 2 parties : la DS en soins de courte durée et la DS dans un NSA :

DS totale = DS en soins de courte durée + DS dans un NSA

La DS en soins de courte durée désigne le nombre de jours au cours desquels le patient reçoit des soins de courte durée à l'hôpital. La DS peut également inclure, le cas échéant, une partie du séjour dans un NSA, soit le nombre de jours que le patient a passés en attente de placement dans un NSA pendant son hospitalisation.

La DS moyenne d'un patient hospitalisé typique est la DS moyenne de tous les cas typiques d'une province ou d'un territoire précis au sein d'un GMA et d'un groupe d'âge donnés.

En d'autres termes, il s'agit de la durée du séjour moyenne observée chez un groupe particulier de patients typiques.

Limites de l'estimation des coûts pour un patient

Étant donné que les pondérations utilisées pour estimer les coûts moyens pour un patient proviennent d'estimations calculées au moyen de la méthodologie GMA+, elles sont fondées sur un système de modèles statistiques. Bien que ces modèles donnent des résultats raisonnablement adéquats dans la plupart des cas, il y aura toujours des cas d'exception. Des problèmes administratifs ou cliniques qui ne sont pas pris en compte dans la méthodologie GMA+ peuvent engendrer des situations où le groupe attribué ou les indicateurs ne semblent pas correspondre parfaitement aux données. Au sein d'un GMA, l'importance des soins requis peut varier d'un patient à l'autre; aussi les coûts réels de certains cas seront-ils inférieurs aux coûts moyens estimés pour un patient, tandis qu'ils seront supérieurs dans d'autres cas.

Variabilité des estimations des coûts moyens

Les estimations sont calculées au moyen d'un processus à plusieurs étapes de modélisation statistique, d'ajustement et d'agrégation. Ainsi, plusieurs sources de variabilité influent sur l'estimation finale, même si ces sources ne présentent pas toutes le même intérêt pour un utilisateur en particulier.

L'estimation pour un groupe d'âge et un GMA en particulier représente la moyenne des coûts estimés pour le patient dans ce groupe. La variabilité de ces estimations est attribuée aux différences de morbidités et d'interventions et à d'autres facteurs relatifs à ces patients, ainsi qu'aux différences de coûts d'un séjour standard à l'hôpital (CSSH) selon la province ou le territoire de traitement. Si l'on ne s'intéresse pas à la variabilité attribuée aux changements dans la combinaison de comorbidités, de facteurs et de provinces ou territoires, une source demeure, soit la variabilité attribuée à la modélisation statistique et aux ajustements. Malheureusement, aucune méthode ne nous permet à l'heure actuelle d'estimer cette variabilité.

Sans une estimation de la variabilité de la modélisation, il est impossible d'estimer la variabilité pour ce qui est de l'ECP. En outre, la variabilité des estimations au sein d'un groupe d'âge dans un GMA ne représente pas un bon substitut. Par exemple, une grande variabilité de ces coûts estimés peut être attribuée à plusieurs différences dans les comorbidités et les facteurs, même si la variabilité de modélisation est faible. En revanche, si la variabilité des comorbidités, des facteurs et des établissements est faible, la variabilité observée sera faible également, ce qui pourrait masquer une variabilité de modélisation importante.

Mise à jour d'octobre 2023

En octobre 2023, l'ECP a été mis à jour comme suit :

1. La méthodologie de regroupement GMA+ de 2020 a été remplacée par celle de 2022.
2. Les estimations financières ont été établies à partir des données financières de 2021-2022 de la BDCS et calculées à l'aide de la méthodologie du CSSH de 2021 (auparavant le CSSH de 2019).
3. Les estimations rétrospectives pour 2017-2018 à 2018-2019, 2019-2020, 2020-2021 et 2021-2022 ont été ajoutées dans un fichier Excel téléchargeable. Notez que les valeurs rétrospectives du CSSH utilisées dans les versions antérieures de l'ECP sont reformulées pour chaque mise à jour de l'outil. Ces valeurs reformulées peuvent différer de celles des années précédentes.
4. Les estimations des coûts moyens liés aux médecins, calculées à partir des données soumises au Répertoire sur la FMEP, ont été ajoutées à l'outil pour Terre-Neuve-et-Labrador, la Nouvelle-Écosse, l'Ontario, le Manitoba, la Saskatchewan, l'Alberta et la Colombie-Britannique.

Glossaire

Base de données canadienne SIG (BDCS)

Base de données de l'ICIS contenant les données financières et statistiques soumises par les organismes de services de santé déclarants du Canada, à l'exception de ceux du Nunavut. Un cadre comptable normalisé (les Normes SIG) est utilisé pour la déclaration et la collecte des données sur les revenus et les dépenses. En règle générale, les dépenses liées aux services administratifs et de soutien, aux services de soins ambulatoires, aux services communautaires et sociaux, aux services diagnostiques et thérapeutiques, à la formation, aux soins infirmiers, aux patients hospitalisés et aux résidents ainsi qu'à la recherche sont soumises.

Base de données sur les congés des patients (BDPCP)

Base de données de l'ICIS contenant des données démographiques, administratives et cliniques sur les sorties des hôpitaux. L'ICIS reçoit les données de la BDPCP directement des hôpitaux participants.

Cas

Toutes les activités associées à un patient lors de son séjour à l'hôpital.

Coût d'un séjour standard à l'hôpital (CSSH)

Indicateur qui mesure le ratio des dépenses totales d'un hôpital en soins de courte durée pour patients hospitalisés par rapport au nombre de cas pondérés de patients hospitalisés auxquels l'hôpital a dispensé des soins. Il peut être calculé au niveau organisationnel, provincial ou national. Pour les besoins de la présente analyse, les valeurs du CSSH provinciales, territoriales et nationales sont utilisées.

Distribution asymétrique

Lorsqu'une distribution asymétrique est désaxée vers la droite, on dit qu'il s'agit d'une asymétrie positive. Dans le cas présent, le sommet (fréquence la plus élevée de patients, ou mode) se trouve du côté gauche. La moyenne se situe à la droite de la médiane, car elle est principalement influencée par les coûts extrêmement élevés d'un très petit nombre de patients, ce qui l'entraîne plus loin vers la droite. Par conséquent, dans une distribution à asymétrie positive, la moyenne des coûts représente la plus grande valeur, suivie de la médiane et du mode.

Durée du séjour

Différence, en nombre de jours, calculée entre la date d'admission et la date de sortie pour les besoins des abrégés des patients hospitalisés. Si la date d'admission est la même que la date de sortie (différence de 0), la DS calculée est 1.

Facturation des médecins durant le séjour à l'hôpital

Rémunération des médecins durant le séjour à l'hôpital, pour des services dont la date se situe entre la date d'admission et la date de sortie du patient.

Facturation pro forma

Les factures pro forma sont fondées sur les tarifs d'honoraires provinciaux et utilisées dans la méthodologie pour imputer les coûts liés à des modes de rémunération autres que la rémunération à l'acte, aussi appelés autres modes de paiement (AMP). [Apprenez-en plus sur les AMP.](#)

Groupe d'âge

Les cas sont classés dans des groupes d'âge selon l'âge du patient à l'admission.

Nouveau-nés

- A — nouveau-nés
- B — de 0 à 7 jours
- C — de 8 à 28 jours

Enfants

- F — 29 à 364 jours
- G — 1 à 7 ans
- H — 8 à 17 ans

Adultes

- R — 18 à 59 ans
- S — 60 à 79 ans
- T — 80 ans et plus

Groupe de maladies analogues (GMA)

Système de regroupement des patients hospitalisés d'après les similitudes observées dans les ressources requises, créé à l'aide de la méthodologie de regroupement GMA+ et identifié par les codes GMA et leur description.

Méthodologie de regroupement GMA+

Cette méthodologie permet d'attribuer aux dossiers des patients des CCP et GMA. Les CCP, tout comme les GMA, se basent soit sur un diagnostic ou un problème de santé considéré comme étant la cause principale du séjour à l'hôpital d'un patient, soit sur une intervention qui a une incidence significative sur la continuité des soins et sur les ressources utilisées par le patient.

Les CCP sont les suivantes :

1. Maladies et troubles du système nerveux
2. Maladies et troubles de l'œil
3. Maladies et troubles de l'oreille, du nez, de la bouche ou de la gorge
4. Maladies et troubles de l'appareil respiratoire
5. Maladies et troubles de l'appareil circulatoire
6. Maladies et troubles de l'appareil digestif
7. Maladies et troubles de l'appareil hépatobiliaire ou du pancréas
8. Maladies et troubles du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif
9. Maladies et troubles de la peau, du tissu sous-cutané et du sein
10. Maladies et troubles endocriniens, nutritionnels ou métaboliques
11. Maladies et troubles des reins, de l'appareil urinaire et de l'appareil génital de l'homme
12. Maladies et troubles de l'appareil génital de la femme
13. Grossesse et accouchement
14. Nouveau-nés et affections dont l'origine se situe dans la période périnatale
15. Maladies et troubles du sang et du système lymphatique
16. Maladies infectieuses multisystémiques ou de siège non précisé
17. Troubles mentaux et du comportement
18. Brûlures
19. Lésions traumatiques, blessures, empoisonnements et toxicité médicamenteuse
20. Autres raisons de l'hospitalisation
99. Autres GMA ou données non groupables

Normes SIG

Normes sur les systèmes d'information de gestion dans les organismes de santé du Canada qui constituent le cadre comptable normalisé de collecte et de déclaration de données financières comme les revenus et les dépenses, de même que de données statistiques administratives comme les heures rémunérées.

Patient hospitalisé

Personne

- qui a été officiellement admise dans un hôpital afin d'y recevoir un ou plusieurs
- services de santé;
- à qui on a assigné un lit, un berceau ou un incubateur;
- dont les données identificatrices sont enregistrées dans le système d'inscription ou d'information de l'organisme et à qui on a attribué un identificateur unique pour enregistrer et contrôler les services.

Pondération de la consommation des ressources (PCR)

Valeur relative de pondération des coûts associés à chaque épisode de soins au patient dans la BDCP. Cette valeur représente la consommation de ressources pour chaque épisode de soins; elle est ajustée selon certains facteurs, dont l'âge, le niveau de comorbidité et les interventions signalées.

La valeur de PCR ne s'exprime pas en dollars; il s'agit plutôt des ressources relatives (le coût total des services hospitaliers, y compris les composantes fixes et variables), de la consommation (la quantité de services utilisés) et de la pondération de chaque cas d'hospitalisation comparativement au cas moyen typique, dont la valeur est 1,0000.

Répertoire sur la facturation des médecins à l'échelle des patients (FMEP)

Banque de données sur la FMEP contenant de l'information sur la rémunération versée aux médecins par les gouvernements provinciaux pour des services médicaux assurés par le secteur public. Les données sur la FMEP, soumises par les ministères de la Santé, sont disponibles pour 7 provinces : Terre-Neuve-et-Labrador, la Nouvelle-Écosse, l'Ontario, le Manitoba, la Saskatchewan, l'Alberta et la Colombie-Britannique.

Volume

Nombre de cas typiques de patients hospitalisés en soins de courte durée. La présente analyse exclut les cas atypiques comme les décès, les transferts et les séjours prolongés, ainsi que les cas pour lesquels la qualité des données pose problème. Les estimations de coûts basées sur de faibles volumes (moins de 30) peuvent être très variables : veuillez interpréter avec prudence.

Pour un complément d'information

Pour en savoir plus sur les indicateurs de performance des hôpitaux, y compris le CSSH, visitez la section En détail de l'outil Web [Votre système de santé](#).

[Documents sur la qualité des données, BDCP](#)

[Le coût des séjours à l'hôpital : d'où viennent les variations](#)

Ce rapport montre de quelle façon une méthodologie de regroupement des patients et des maladies analogues (GMA+) peut servir à établir les coûts relatifs dans les hôpitaux de soins de courte durée pour les patients typiques. On trouve en fin de rapport une annexe sur tous les coûts moyens associés à tous les GMA par CCP.

[BDCP, pondération de la consommation des ressources et durée prévue du séjour pour la méthodologie GMA+ 2020](#) (offert gratuitement aux abonnés du Plan de base)

Ce rapport donne une explication des calculs de la durée prévue du séjour (DPS) et de la PCR pour les cas typiques et atypiques de patients hospitalisés en soins de courte durée. Il présente les tableaux des valeurs de base de la DPS, du point de démarcation et de la PCR pour chaque GMA et combinaison de groupe d'âge. Il décrit les sources de données sur les coûts et l'activité utilisées pour produire la DPS et la PCR.

[Répertoire GMA+ 2020](#) (offert gratuitement aux abonnés du Plan de base)

Ce répertoire contient des renseignements détaillés sur les CCP et les GMA. Consultez-le pour en savoir davantage sur la classification des interventions et des diagnostics principaux.

[Guide de soutien à la prise de décisions pour les groupes clients : GMA+](#) (offert gratuitement aux abonnés du Plan de base)

Ce produit a été conçu pour accroître la capacité des clients à comprendre et à utiliser les renseignements regroupés selon la méthodologie GMA+, et pour répondre aux demandes grandissantes d'explication des groupes clients et de directives sur la façon d'utiliser les mesures et produits des groupes clients pour la prise de décisions.

[Normes sur les systèmes d'information de gestion dans les organismes de santé du Canada \(Normes SIG\) 2019](#)

Les Normes SIG fournissent aux établissements de soins de santé canadiens un cadre pour la collecte et la présentation des données financières et statistiques.

[Les médecins au Canada](#)

Cette série de documents présente des données sur les médecins, entre autres leur nombre, leur répartition, leur rémunération et les services qu'ils fournissent.



ICIS Ottawa

495, chemin Richmond
Bureau 600
Ottawa (Ont.)
K2A 4H6
613-241-7860

ICIS Toronto

4110, rue Yonge
Bureau 300
Toronto (Ont.)
M2P 2B7
416-481-2002

ICIS Victoria

880, rue Douglas
Bureau 600
Victoria (C.-B.)
V8W 2B7
250-220-4100

ICIS Montréal

1010, rue Sherbrooke Ouest
Bureau 602
Montréal (Qc)
H3A 2R7
514-842-2226

icis.ca

39287-0923

