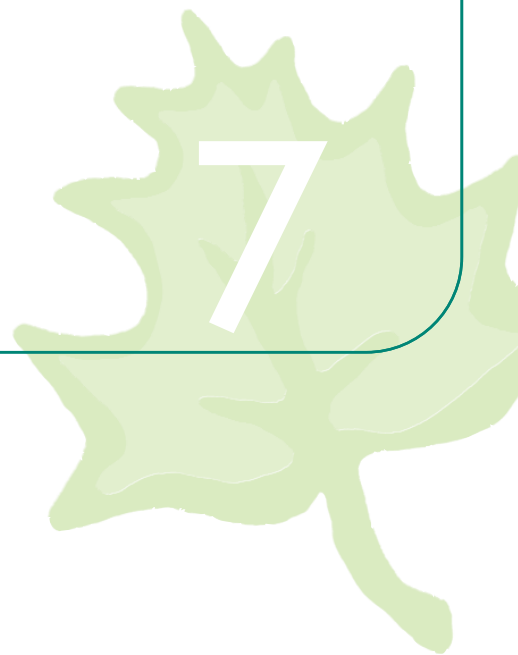
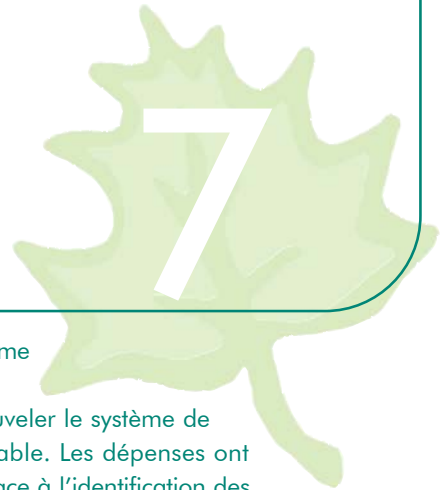


Le coût des soins de santé

7





Le coût des soins de santé

L'argent est au cœur des discussions sur l'avenir de notre système de santé : combien doit-on dépenser, où l'obtenir, où l'investir.

Ces questions aident à diriger l'attention sur la façon de renouveler le système de santé afin de promouvoir l'accès et la qualité à un prix abordable. Les dépenses ont augmenté considérablement récemment, suscitant un intérêt face à l'identification des facteurs qui provoquent les augmentations. La réponse : les dépenses en capital sur des articles comme les nouvelles technologies et les médicaments de prescription ont connu les hausses les plus marquées; les augmentations générales dans les autres catégories, comme les hôpitaux et les services médicaux, ont été moins prononcées. Dans le présent chapitre, nous examinons combien nous dépensons pour les soins de santé au Canada, comment les sommes d'argent sont utilisées et pourquoi les dépenses peuvent varier entre les provinces et les territoires.

Les dépenses en soins de santé

En 2003*, on estime que le Canada a dépensé 121,4 milliards de dollars en soins de santé, soit une moyenne de 3 839 \$ par personne. La part de l'économie totale consacrée aux soins de santé — le produit intérieur brut ou PIB — est donc revenue à son sommet historique de 10 %, sommet atteint pour la première fois en 1992. (Entre-temps, elle est tombée au plus bas en 1997, soit 8,9 %.)

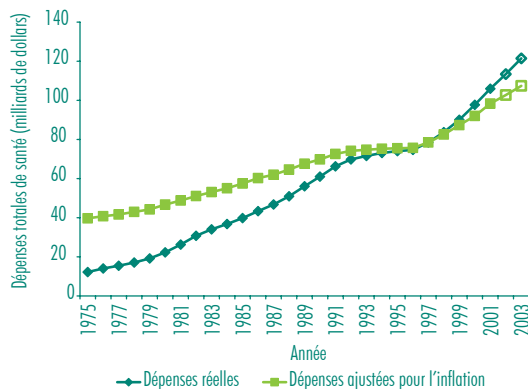
Les dépenses de santé au Canada, que ce soit en termes absolus ou en pourcentage du PIB, ont suivi des cycles. Au milieu des années 1990, les dépenses totales ont à peine augmenté. En fait, les dépenses réelles du secteur public par habitant ont diminué. La croissance économique a devancé les augmentations dans les dépenses de santé

pendant cette période, d'où la baisse de la part du PIB consacrée aux soins de santé. Depuis, le contraire se produit. Cette tendance générale a été observée ces dernières années dans plusieurs pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), quoique les fluctuations aient été plus marquées au Canada que dans bien d'autres pays. En 2001, la dernière année pour laquelle on dispose de données comparables, le Canada, avec 9,7 % du PIB, se situait loin derrière les États-Unis à ce chapitre (13,9 %), mais se rapprochait de la Suisse (10,9 %), de l'Allemagne (10,7 %) et de la France (9,5 %)¹.

Dans les pays de l'OCDE, les dépenses de santé par habitant et leur part du PIB sont en hausse depuis 1960. Afin de faciliter les comparaisons des dépenses par habitant entre les pays membres, l'OCDE a recours à la parité des pouvoirs d'achat (PPA). Il s'agit de taux de conversion monétaire qui réalise la péréquation entre le pouvoir d'achat de différentes devises. Grâce à cette méthode, une somme d'argent, une fois convertie, achètera la même quantité de produits et de services dans tous les pays². En 2001, en devises américaines ajustées pour la PPA, les dépenses de santé par habitant étaient les plus élevées

Dépenses totales en soins de santé 49

Nous dépensons aujourd'hui au-delà de 100 milliards de dollars de plus en soins de santé qu'en 1995. Même ajustées pour l'inflation, les dépenses totales (publiques et privées) en soins de santé (en dollars constants de 1997) continuent d'augmenter.



Remarque : Les chiffres pour 2002 et 2003 sont des prévisions.

Données

Source : Base de données sur les dépenses nationales de santé, ICIS.

* Tous les chiffres pour 2003 qui figurent dans le présent chapitre sont des prévisions.

aux États-Unis, à 4 887 \$. Le Canada se classait au cinquième rang, à 2 792 \$US, derrière la Suisse (3 322 \$), la Norvège (2 920 \$) et l'Allemagne (2 808 \$)³.

Quelle est la meilleure mesure?

Comme en fait foi le présent chapitre, les dépenses de santé peuvent être mesurées de bien des façons : dépenses totales, dollars par habitant, part du PIB, pour n'en nommer que quelques-unes. Quelle est la meilleure mesure? Tout dépend de ce que nous voulons savoir. Si nous nous préoccupons de la viabilité du système de santé et de ses effets sur l'ensemble de l'économie, la mesure du PIB est importante, tout comme le pourcentage des budgets consacrés aux soins de santé. Si nous voulons connaître la quantité de soins de santé dont le public dispose, il vaut mieux mesurer la croissance des dépenses réelles par habitant. Une seule mesure ne peut pas à elle seule dresser un tableau complet des dépenses de santé dans le grand contexte des ressources sociétales.

Les dépenses de santé par habitant

Les Canadiens ont dépensé environ 3 839 \$ par personne pour les soins de santé en 2003. Il s'agit d'une hausse de 30 % après inflation par rapport à 1993 et de 62 % par rapport à 1983. Bien que les provinces aient affiché une certaine variation dans les dépenses de santé par habitant, c'est dans les territoires du Nord peu peuplés que la valeur la plus aberrante a été enregistrée. En 2003, leurs dépenses s'échelonnaient entre 4 648 \$ au Yukon et 6 800 \$ dans les Territoires du Nord-Ouest.

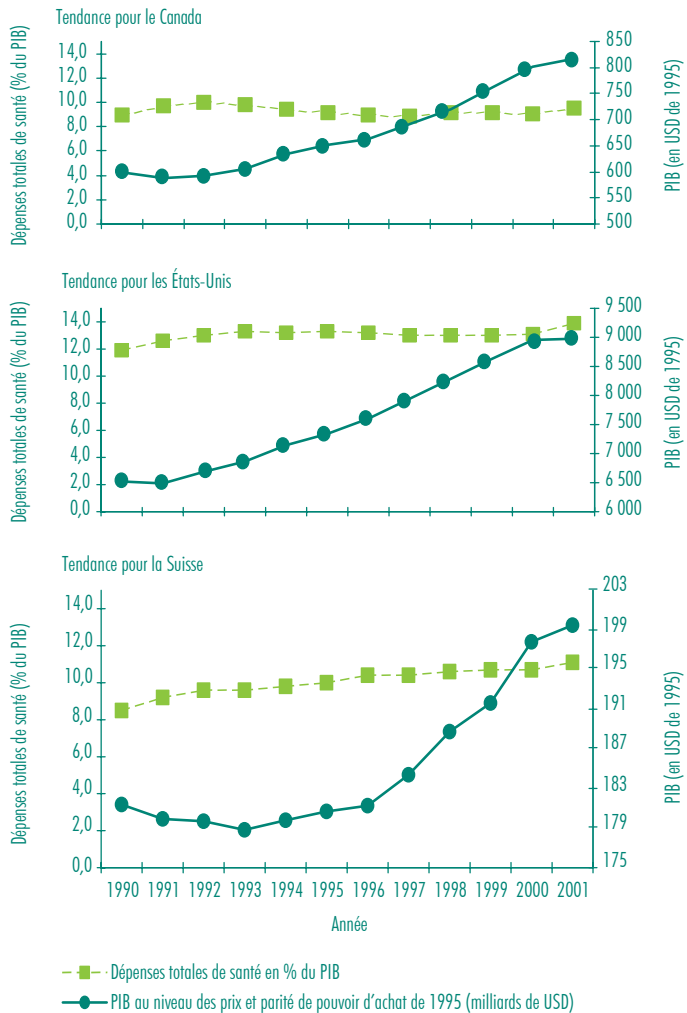
Pourquoi un tel écart entre les secteurs de compétence? Un certain nombre de facteurs reliés entre eux peuvent l'expliquer, quoique nous ne connaissons pas encore leur importance relative. À titre d'exemple, mentionnons les caractéristiques démographiques, la géographie, l'état de santé, les coûts unitaires des soins, de même que l'organisation et la prestation des services.

Démographie

Les besoins en soins de santé diminuent normalement après la naissance, puis augmentent avec l'âge. Toutes autres choses étant égales, une province dont la population est jeune aurait besoin de moins de soins de santé et ses dépenses de santé seraient donc moins élevées qu'une province dont les citoyens sont plus âgés. Malgré tout, il ne suffit pas de tenir compte de l'âge et du sexe des habitants d'un secteur de compétence. Par exemple, les Albertains sont relativement jeunes si on les compare aux Canadiens dans l'ensemble. En 1998, les dépenses par habitant du gouvernement de l'Alberta étaient inférieures à la moyenne nationale dans une proportion de 6 %. Une fois ajustées en fonction de l'âge et du sexe des Albertains, les dépenses étaient en fait 2 % supérieures à la moyenne canadienne.

Les dépenses de santé en pourcentage du PIB 50

Les dépenses totales de santé en pourcentage du produit intérieur brut (PIB) augmentent depuis 1975, mais les tendances fluctuent avec le temps. Ce ratio est influencé par le niveau des dépenses de santé et les tendances du PIB. Au Canada par exemple, de 1990 à 1993, la hausse relativement prononcée dans les dépenses de santé en pourcentage du PIB reflète en partie la très faible croissance du PIB pendant la même période. Ce graphique présente les tendances des dépenses de santé en pourcentage du PIB (ajusté pour l'inflation) au Canada, aux États-Unis et en Suisse.



Données

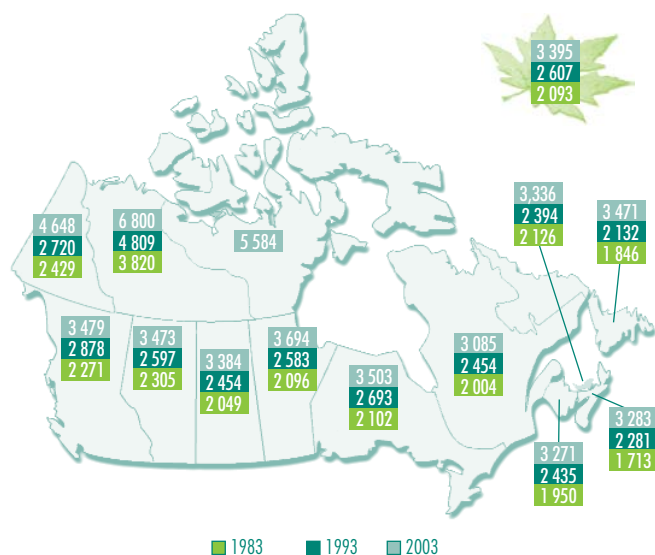
Source : Éco-Santé OCDE, 2003.

Géographie

Lorsque les habitants d'une province ou d'un territoire sont dispersés et peu nombreux (c'est-à-dire que les patients se situent loin de l'endroit où les services de santé sont dispensés), le transport peut coûter plus cher. Ainsi, presque 13 % des dollars de la santé dépensés dans les Territoires du Nord-Ouest sont consacrés au transport médical. La moyenne nationale est moins de 2 %.

Les dépenses de santé aux quatre coins du pays⁵¹

Les dépenses par habitant en soins de santé, ajustées pour l'inflation, ont augmenté au fil du temps partout au Canada. Tous les chiffres sont en dollars constants de 1997.



Remarque : Tous les chiffres pour 2003 sont des prévisions.

Source : Base de données sur les dépenses nationales de santé, ICIS.

Déterminants de la santé et état de santé

L'état de santé général de la population peut aussi influencer les dépenses de santé. Des comportements personnels comme le tabagisme, l'obésité et la consommation d'alcool peuvent entraîner des dépenses de santé plus élevées. Par exemple, l'obésité constitue un des principaux facteurs de risque pour le diabète. L'évolution de cette maladie peut mener à la dialyse rénale. Par ailleurs, les populations dont le niveau d'instruction et le revenu sont plus élevés sont généralement en meilleure santé et peuvent utiliser moins de services de santé et des services différents.

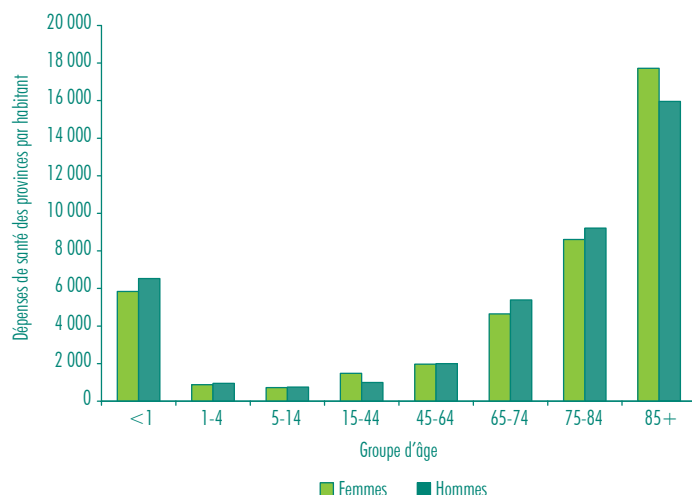
Le prix de la prestation des soins

Toutes choses étant égales par ailleurs, le coût total des facteurs de production du système — comme les salaires, les avantages sociaux et les fournitures — peut expliquer en partie les variations dans les dépenses de santé au pays. Ainsi, selon le Recensement, le salaire des infirmières en 2000 variait de 39 478 \$ au Nouveau-Brunswick à 60 943 \$ dans les Territoires du Nord-Ouest.

Dépenses et démographie

52

Les besoins en soins de santé ne sont pas les mêmes aux différentes étapes de la vie. Ce graphique illustre la variation estimée dans les dépenses par habitant par groupe d'âge en 2001.



Données

Source : Base de données sur les dépenses nationales de santé, ICIS.

La combinaison des dépenses publiques et privées

L'équilibre relatif entre les dépenses de santé des secteurs public et privé varie entre les provinces et les territoires. Le pourcentage le plus élevé des dépenses totales engagées par le secteur public est enregistré au Nunavut, soit 95 %. Pour ce qui est du secteur privé, l'Ontario décroche la palme du pourcentage le plus élevé, avec 34 % des dépenses totales financées par des sources privées. (Voir la figure 54 pour plus de détails sur la combinaison des dépenses publiques et privées.) On observe aussi des variations dans l'éventail des services couverts par les budgets de la santé des provinces et des territoires, comme les services à domicile, les médicaments et les services de réadaptation.

Les variations dans les dépenses en médicaments entre les provinces

En 2003, 13 % des dépenses *totales* de santé ont été consacrées aux médicaments de prescription, une proportion qui augmente avec le temps². Une étude récente a permis de révéler une différence de 51 % dans les ventes au détail par habitant de médicaments oraux solides entre les provinces en 2002 (les territoires étaient exclus de l'analyse)⁴. Les chercheurs se sont penchés sur trois variables qui jouent un rôle dans les dépenses provinciales en médicaments : le volume (nombre de prescriptions et durée); le prix (coût des médicaments et utilisation de leur équivalent générique moins cher); et le choix thérapeutique (quels médicaments sont prescrits). Le volume avait la plus grande influence, suivi des habitudes de prescription. Le prix fermait la marche.

L'organisation des services

La façon dont nous traitons la maladie a beaucoup changé au fil des ans. Grâce à des nouvelles techniques chirurgicales et à d'autres développements, certaines interventions qui autrefois exigeaient un séjour d'une nuit à l'hôpital sont maintenant régulièrement pratiquées dans les services de chirurgie d'un jour. Ainsi, en 2000-2001, les trois quarts (75 %) des interventions majeures pour une hernie ont été pratiquées dans les services de chirurgie d'un jour, par rapport à seulement la moitié (52 %) en 1995-1996. La nature et le rythme des changements en chirurgie d'un jour et dans d'autres secteurs variaient au pays, ce qui a pu affecter les coûts. D'autres facteurs peuvent aussi contribuer aux variations dans les dépenses de santé entre les provinces et les territoires, comme le plafonnement du volume d'interventions et l'organisation de la prestation des services.

Le financement public et privé des soins de santé

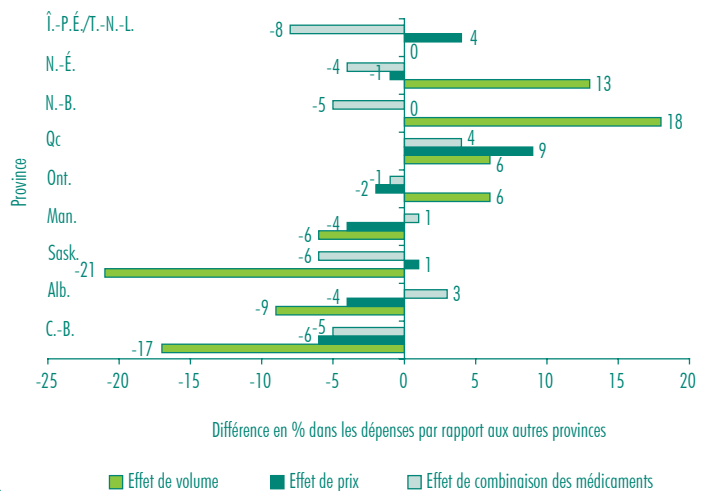
Le financement des soins de santé provient de deux sources : le secteur public et le secteur privé. Comme en font foi les rapports précédents, leur part des dépenses totales fluctue avec le temps (voir figure 54).

En 2003, pour chaque 10 dollars consacrés aux soins de santé, le secteur public en a déboursé 7. Les gouvernements et les programmes de sécurité sociale ont déboursé un peu plus de 84,8 milliards de dollars, une hausse d'environ 40 % (après inflation) au cours des 10 années précédentes. Les dépenses publiques englobent la majorité des programmes de santé publique, les soins hospitaliers, les services médicaux et les soins aux Indiens de plein droit et aux Inuits. Le secteur public absorbe aussi une partie des coûts d'autres services, comme les services à domicile, les médicaments de prescription et les ambulances. Les provinces et les territoires administrent le gros du budget du secteur public alloué à la santé, dont une partie provient des transferts fédéraux en espèces et en crédits d'impôt.

Pourquoi les dépenses en médicaments varient-elles?

53

Les différences dans le nombre moyen de prescriptions ou dans la durée du traitement (effet de volume) ont eu l'influence la plus marquée sur les variations dans les dépenses par habitant entre les provinces. Les différences dans le coût des médicaments, l'utilisation des médicaments génériques (effet de prix), les choix thérapeutiques et la combinaison de médicaments prescrits ont eu un effet plus mitigé. Par exemple, les citoyens du Nouveau-Brunswick ont utilisé plus de médicaments de prescription que ceux des autres provinces. Toutes choses étant égales par ailleurs, cela aurait donné lieu à des dépenses en médicaments plus élevées dans une proportion de 18 %, mais cet effet de volume a été neutralisé en partie par la combinaison de médicaments prescrits.

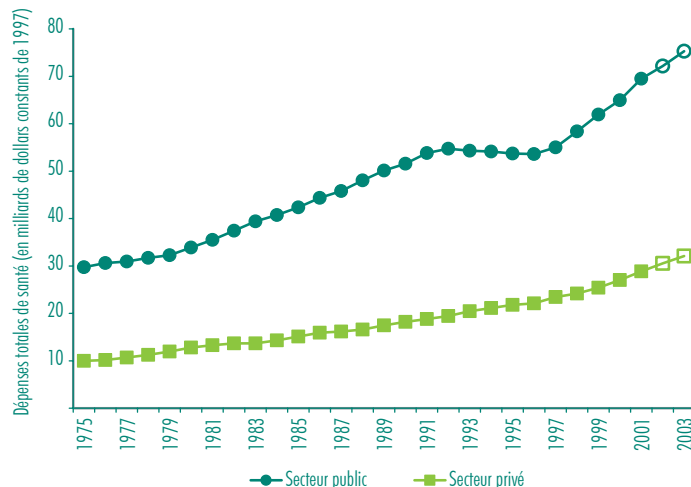


Données Source : Morgan S. (2004). Sources of variation in provincial drug spending. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 170(3), 329-330.

Le partage des dépenses

54

Depuis 1975, le secteur public a dépensé plus d'argent pour les soins de santé que le secteur privé. Le partage entre les secteurs public et privé a néanmoins fluctué au fil du temps. Par exemple, comme en témoigne ce graphique, les dépenses publiques ont stagné entre 1992 et 1997 (dollars constants de 1997).



Remarque : Tous les chiffres pour 2002 et 2003 sont des prévisions.

Données Source : Base de données sur les dépenses nationales de santé, ICIS.

Comptes d'épargne-santé

Les comptes d'épargne-santé (CÉS) représentent une méthode de financement des soins de santé qui fait l'objet d'un débat animé au Canada et ailleurs. Ils ont été mis en œuvre dans certains pays, dont les États-Unis et Singapour⁵.

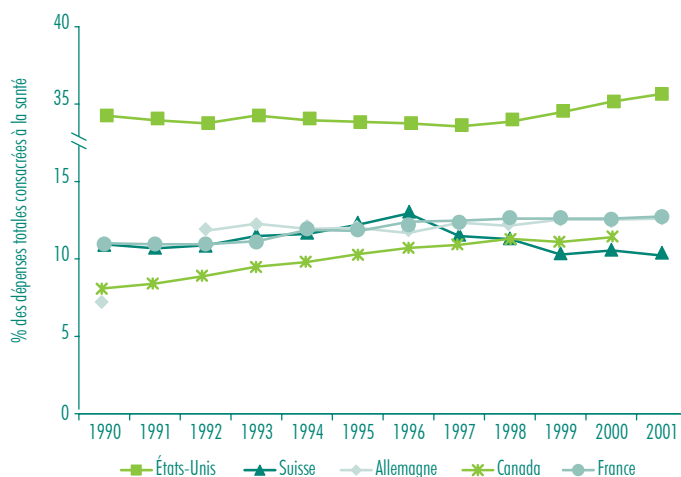
Il y a des dizaines de façons de mettre en œuvre les CÉS. En vertu de la plupart des modèles proposés pour le Canada, les gouvernements « déposeront » dans un CÉS pour chaque personne ou famille une allocation annuelle pour acheter des services de santé. La somme pourrait être ajustée en fonction de certains facteurs, comme l'âge, le sexe, le revenu, l'utilisation antérieure des soins de santé et l'état de santé. Dans la plupart des modèles, les Canadiens seraient responsables des dépenses qui dépassent leur allocation annuelle jusqu'à un maximum prédéterminé (qu'on appelle aussi le seuil catastrophique). Au-delà du seuil catastrophique, les compagnies d'assurance ou les gouvernements assumeraient les coûts. L'argent non utilisé pourrait être mis de côté pour acheter des services de santé plus tard. Dans d'autres modèles, l'allocation serait accordée en vertu de la règle « utiliser sous peine de perdre »⁶.

Les partisans des CÉS croient qu'ils réduiraient les coûts des soins de santé en permettant aux patients de prendre une part plus active à leurs propres soins. Les opposants affirment que les CÉS entraîneraient des dépenses plus élevées et feraient injustement porter un fardeau à ceux qui tombent malades⁶.

Le financement des soins : La part de l'assurance privée

55

Des pays différents financent les services de santé de façon différente. Plus du tiers des dépenses de santé des États-Unis va à l'assurance-maladie privée, par rapport à environ 10 % au Canada. Ce graphique illustre les dépenses consacrées à l'assurance privée dans les cinq pays de l'OCDE pour lesquels les dépenses de santé étaient les plus élevées en pourcentage du PIB.



Données

Source : Éco-Santé OCDE, 2003.

Comparativement à plusieurs pays de l'OCDE, mais pas les États-Unis, la part du secteur public dans les dépenses de santé au Canada est plus petite. En 2001, les fonds publics ont financé 71 % des dépenses totales de santé au Canada. Ce pourcentage s'élevait à 44 % aux États-Unis et à environ 85 % au Danemark, en Norvège et en Suède^{3, 7}.

Le reste, soit 29 %, est financé par le secteur privé. Dans l'ensemble, les dépenses totales du secteur privé ont augmenté de 57 % (après inflation) entre 1993 et 2003. Le pourcentage de l'ensemble des dépenses privées provenant de l'assurance privée est passé de 29 % en 1988 à 40 % en 2001. Ces fonds visent en général des services comme les soins dentaires, les soins de la vue, les soins chiropratiques et les médicaments.

Les dépenses en médicaments

Dans le cadre de l'Accord de 2003 sur le renouvellement des soins de santé, les premiers ministres se sont engagés à assurer un accès raisonnable à la couverture des médicaments sans fardeau financier excessif. Le financement public pour les médicaments provient principalement des programmes de santé des gouvernements provinciaux et territoriaux. La couverture n'est pas la même partout au pays, mais tous les secteurs de compétence offrent certaines prestations aux personnes âgées. Les bénéficiaires de l'aide au revenu reçoivent aussi des prestations dans la plupart des secteurs de compétence. En tout, les secteurs publics ont consacré 9 % de leurs dépenses totales aux médicaments en 2003, une hausse par rapport à 6 % il y a 10 ans. La part du secteur privé à ce chapitre est aussi en hausse depuis 1993.

Sur le plan des médicaments, comment les dépenses du Canada se comparent-elles aux dépenses engagées par d'autres pays industrialisés? Nous sommes parmi les cinq premiers pays de l'OCDE pour ce qui est du pourcentage du PIB consacré aux soins de santé. Bien que nos dépenses en produits pharmaceutiques (médicaments de prescription, en vente libre et autres fournitures médicales) ne soient pas aussi élevées que celles de la France, nous consacrons une proportion plus élevée de nos dépenses de santé aux médicaments que bon nombre d'autres pays.

Changements dans les dépenses en médicaments

56

Par rapport à il y a 10 ans, les ventes au détail de médicaments prescrits sont en hausse. Les secteurs tant public que privé dépensent plus à ce chapitre. À l'opposé, la part des dépenses totales de santé consacrées aux médicaments en vente libre et aux autres médicaments non prescrits diminue.



Remarque : Les chiffres pour 2003 sont des prévisions.

Données

Source : Base de données sur les dépenses nationales de santé, ICIS.

Les paiements directs englobent des dépenses comme les médicaments en vente libre et les articles d'hygiène personnelle, les honoraires, les dépenses consacrées aux hôpitaux (p. ex. pour une chambre privée) et les frais associés aux établissements de soins pour bénéficiaires internes. Au cours des 10 dernières années, les paiements directs ont baissé, passant de 58 % à 50 %. Les dépenses pour des éléments autres que la consommation ont aussi diminué, passant de 13 % à 9 %.

Les dépenses en médicaments : une comparaison internationale

57

Si on compare les cinq pays de l'OCDE qui consacrent la proportion la plus importante de leur PIB aux soins de santé, on observe des différences dans les dépenses en produits pharmaceutiques. La France dépense le plus pour les médicaments prescrits, en vente libre et d'autres articles d'hygiène personnelle. Le Canada se classe au deuxième rang. Les États-Unis et la Suisse dépensent le moins.



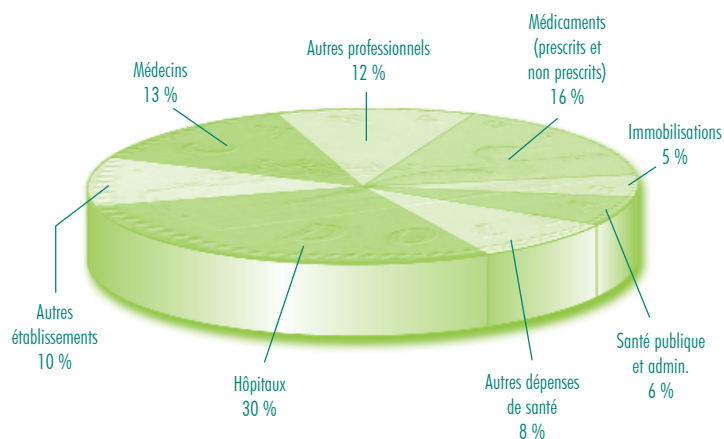
Données

Source : Éco-Santé OCDE, 2003.

Où vont les dollars de la santé

58

On estime que le système de santé a englouti 121,4 milliards de dollars en 2003, à partir de sources publiques et privées. Ce graphique illustre comment l'argent a été dépensé.



Remarque : Pour obtenir les définitions des catégories, veuillez consulter le rapport de l'ICIS *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975-2003*.

Données Source : Base de données sur les dépenses nationales de santé, ICIS.

Les dépenses de santé de l'avenir : L'âge d'or

Le vieillissement de la population conduira-t-il le système de santé au bord de la faillite? La question a été abordée dans des dizaines d'articles et des discours encore plus nombreux. Certains disent oui, d'autres ne sont pas du tout d'accord.

Les deux côtés s'entendent sur un point : les dépenses moyennes de santé sont plus élevées pour les adultes plus âgés (voir la figure 52). Certains groupes utilisent ce fait pour projeter ce qui se produirait dans l'avenir si les caractéristiques des soins de santé restaient les mêmes pendant que la population vieillit. Généralement, ils font état d'augmentations marquées dans les dépenses. Par exemple, ils assument que les Canadiens de demain utiliseront probablement les services hospitaliers comme ils le font aujourd'hui et qu'ils recevront les mêmes traitements. En vertu de cette hypothèse, les projections révèlent des augmentations marquées dans l'utilisation des hôpitaux de soins de courte durée⁹. Dans un rapport publié récemment, le Conference Board du Canada a indiqué que l'augmentation prévue du nombre de Canadiens plus âgés sera à l'origine de séjours plus longs à l'hôpital, de l'utilisation accrue de médicaments et d'autres traitements dispendieux. Tout cela pourrait menacer la viabilité du système de santé⁹.

D'autres soulignent que les caractéristiques des soins ne sont plus les mêmes. Par exemple, de nos jours, moins de Canadiens restent à l'hôpital pour la nuit et les taux de chirurgie d'un jour sont en hausse. Alors pourquoi, demandent-ils, seraient-elles les mêmes dans l'avenir? Ces groupes affirment que le vieillissement *à lui seul* ne se traduit pas nécessairement par des dépenses plus élevées si, par exemple, les gens vivent plus longtemps et en meilleure santé. Certaines preuves pointent dans cette direction. L'espérance de vie augmente et, selon Statistique Canada, les personnes âgées sont plus en santé que jamais¹⁰.

Selon un argument connexe, les gens ont tendance à connaître une période limitée de maladie et d'incapacité graves à la fin de leur vie, peu importe leur âge. En vertu de cette théorie, si les gens vivent jusqu'à l'âge de 90 ans, ils ne consommeraient pas beaucoup plus de soins de santé que ceux qui meurent à 80 ans^{11, 12}. Une recherche menée récemment en Colombie-Britannique va plus loin : elle indique que les coûts entraînés par le décès sont inversement proportionnels à l'âge. Les chercheurs affirment donc que le vieillissement en soi sera probablement à l'origine d'augmentations modestes dans les dépenses et que ces hausses se produiront principalement dans les soins sociaux et les soins infirmiers¹³.

Dans le même ordre d'idées, des études canadiennes et internationales ont démontré qu'au cours des dernières années, le vieillissement a eu moins de répercussions sur les tendances des dépenses de santé que d'autres facteurs¹⁴. Par exemple, les paiements versés aux médecins rémunérés à l'acte en Colombie-Britannique ont augmenté de 86 % entre 1985-1986 et 1996-1997¹⁵. Les chercheurs ont conclu qu'à elles seules, l'inflation générale et la croissance démographique étaient responsables de 70 % de cette hausse. À l'opposé, le vieillissement comptait pour bien peu : il représentait 2 % de l'augmentation. De même, selon des études réalisées au Canada et ailleurs, les changements dans la fréquence des hospitalisations des gens dans des groupes d'âge spécifiques (et les soins qu'ils reçoivent) ont contribué davantage à expliquer les récents changements dans l'utilisation des hôpitaux que le vieillissement de la population^{16, 17, 18, 19, 20}.

Où vont les dollars de la santé?

Les hôpitaux, les médicaments et les services médicaux s'approprient le gros des dépenses de santé. En 2003, les hôpitaux représentaient la catégorie la plus importante des dépenses de santé (30 %), une baisse marquée par rapport à 37 % en 1993.

Avec 16 %, les ventes au détail de médicaments constituaient la deuxième catégorie en importance. Cette proportion était de 13 % il y a 10 ans. Cette catégorie comprend les médicaments de prescription et en vente libre, de même que les articles d'hygiène personnelle, comme les bâtonnets diagnostiques pour les diabétiques. Les médicaments de prescription englobent la part la plus importante, soit 13 % des dépenses totales de santé, une hausse par rapport à 9 % il y a 10 ans.

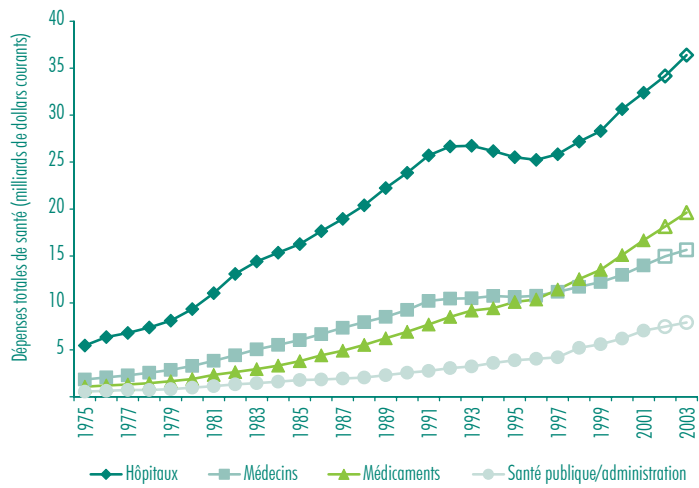
Prises individuellement, les dépenses totales consacrées aux médecins (15 % en 1993, 13 % en 2003) et aux autres professionnels (11 % en 1993 et 12 % en 2003) étaient moins élevées, mais combinées, elles atteignaient 25 %. Ces chiffres demeurent pratiquement inchangés depuis 2001.

Des types différents de services de santé sont financés différemment. Les hôpitaux (92 % en 2003) et les services médicaux (99 %) étaient presque entièrement financés par l'État. La plupart (91 %) des services dispensés par d'autres professionnels à l'extérieur des hôpitaux, comme les dentistes, les physiothérapeutes en cabinet privé et les chiropraticiens, étaient financés par des sources privées, une augmentation par rapport à 86 % en 1993. Le secteur privé a absorbé environ 62 % des ventes au détail de médicaments, une baisse comparativement à 67 % 10 ans plus tôt.

L'évolution des parts

59

La façon dont nous dépensons les dollars de la santé change avec le temps. Les hôpitaux ont toujours eu la part du lion pour ce qui est de dépenses, quoique celle-ci ait diminué.



Remarque : Tous les chiffres pour 2002 et 2003 sont des prévisions.

Données

Source : Base de données sur les dépenses nationales de santé, ICIS.

Les lacunes de l'information — Quelques exemples

Ce que nous savons

- Comment les dépenses de santé ont changé au fil du temps.
- Comment les changements dans les dépenses dans le temps présentent des différences d'un endroit à l'autre au pays et par catégorie.
- Comment les dépenses de santé du Canada se comparent à l'échelle mondiale.

Ce que nous ignorons

- Quels investissements, que ce soit dans le secteur de la santé ou ailleurs, rapporteraient les gains les plus importants en matière de santé?
- Comment les changements dans les dépenses de santé affectent la santé des Canadiens?
- Comment les différentes combinaisons de financement et de prestation de services des secteurs public et privé affectent les coûts, l'accès, la qualité et les résultats?
- Dans quelle mesure différents facteurs (p. ex. la géographie, la population, l'état de santé et les différences de salaires) peuvent expliquer les variations dans les dépenses de santé entre les secteurs de compétence?

Ce qui se passe

- En décembre 2003, l'ICIS a publié le plus récent rapport dans sa série sur les tendances des dépenses nationales de santé (1975-2003). Il contient de l'information à jour sur les dépenses réelles pour 2001, ainsi que des prévisions pour 2002 et 2003.
- En 2002 et 2003, dans le cadre du sondage mixte du Canada et des États-Unis sur la santé, on a posé des questions aux Canadiens et aux Américains sur leur santé, leur utilisation des soins de santé et leurs limites fonctionnelles. Certaines questions portaient aussi sur leur couverture d'assurance et les facteurs socioéconomiques. Les résultats de ce sondage, réalisé par Statistique Canada et le *National Center for Health Statistics*, seront connus au printemps ou à l'été 2004.
- On procède actuellement à une analyse plus poussée des causes des variations dans les dépenses de santé et de la répartition par type de dépenses.
- Au 1^{er} avril 2004, les fonds du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux devaient être divisés entre le Transfert canadien en matière de santé (62 %) et le Transfert canadien en matière de programmes sociaux (38 %). Une somme supplémentaire de deux milliards de dollars devait aussi être affectée au Transfert canadien en matière de santé.

Références bibliographiques

- 1 ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES. *Panorama de la santé 2003 – Les pays de l’OCDE aux prises avec des dépenses croissantes en matière de santé* (en ligne), 2003. Internet : <www.oecd.org/document/38/0,2340,fr_2649_34487_16561842_1_1_1_1,00.html>.
- 2 INSTITUT CANADIEN D’INFORMATION SUR LA SANTÉ. *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975-2003*, Ottawa, ICIS, 2003. Internet : <www.icis.ca>.
- 3 ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES. *Éco-Santé*, OCDE, 2003.
- 4 MORGAN, S. « Sources of Variation in Provincial Drug Spending », *Journal de l’Association médicale canadienne*, vol. 170, n° 3 (2004), p. 329-330.
- 5 SHORTT, S. E. « Medical Savings Accounts in Publicly Funded Health Care Systems: Enthusiasm Versus Evidence », *Journal de l’Association médicale canadienne*, vol. 167, n° 2 (2002), p.159-162.
- 6 FORGET, E. L., R. DEBER, et L. L. ROOS. « Medical Saving Accounts: Will They Reduce Costs? », *Journal de l’Association médicale canadienne*, vol. 167, n° 2 (2002), p. 143-147.
- 7 OECD. *Health at a Glance - OECD Indicators, 2003: Briefing Note (Canada)* (en ligne), 2004. Internet : <www.oecd.org/dataoecd/20/2/16494895.pdf>.
- 8 DENTON, F. T., et B. G. SPENCER. « Demographic Change and the Cost of Publicly Funded Health Care », *Revue canadienne du vieillissement*, vol. 14, n° 2 (1995), p. 174-192.
- 9 CONFERENCE BOARD DU CANADA. *Canadian Health Care is Unsustainable as Currently Organized* (en ligne), 2004. Internet : <www.conferenceboard.ca/press/2004/health-care.asp>.
- 10 STATISTIQUE CANADA. « Health Among Older Adults », *Health Reports, Special Issue*, vol. 11, n° 3 (2000), p. 47-62.
- 11 LUBITZ, J., J. BEEBE, et C. BAKER. « Longevity and Medicare Expenditures », *New England Journal of Medicine*, vol. 332, n° 15 (1995), p. 999-1003.
- 12 LUBITZ, J., L. CAI, E. KRAMAROW, et H. LENTZNER. « Health, Life Expectancy, and Health Care Spending Among the Elderly », *New England Journal of Medicine*, vol. 349, n° 11 (2003), p. 1048-1055.
- 13 MCGRAIL, K., B. GREEN, M. BARER, R. EVANS, C. HERTZMAN, et C. NORMAND. « Age, Costs of Acute and Long-Term Care and Proximity to Death: Evidence for 1987-88 and 1994-95 in British Columbia », *Age and Ageing*, vol. 29 (2000), p. 249-253.
- 14 DENTON, F. T., A. GAFNI, et B. G. SPENCER. « Requirements for Physicians in 2030: Why Population Ageing Matters Less Than You May Think », *Journal de l’Association médicale canadienne*, vol. 168, n° 12 (2003), p. 1545-1452.
- 15 BARER, M., R. EVANS, K. M. Mcgrail, B. GREEN, C. HERTZMAN, et S. B. SHEPS. « Beneath the Calm Surface: The Changing Face of Physician-Service Use in British Columbia, 1985-96 Versus 1996-97 », *Journal de l’Association médicale canadienne*, vol. 170, n° 5 (2004), p. 803-807.
- 16 SESHAMANI, M., et A. GRAY. « The Impact of Ageing on Expenditures in the National Health Service », *Age and Ageing*, vol. 314 (2002), p. 287-294.
- 17 MCGRAIL, K. M., R. G. EVANS, M. L. BARER, S. B. SHEPS, C. HERTZMAN, et A. KAZANJIAN. *The Quick and the Dead: The Utilization of Hospital Services in British Columbia, 1969 to 1995/96*, Vancouver, Centre for Health Service and Policy Research, University of British Columbia, 1998.
- 18 DENTON, F. T., A. GAFNI, et B. G. SPENCER. « The SHARP Way to Plan Health Care Services: A Description of the System and Some Illustrative Applications in Nursing Human Resource Planning », *Socio-Economic Planning Sciences*, vol. 29, n° 2 (1995), p. 125-137.
- 19 GETZEN, T. E. « Population Ageing and the Growth of Health Expenditures », *Journal of Gerontology*, vol. 47 (1992), p. S98-S104.
- 20 EVANS, R. G., K. M. MCGRAIL, S. G. MORGAN, M. L. BARER, et C. HERTZMAN. « APOCALYPSE NO: Population Aging and the Future of Health Care Systems », *Revue canadienne du vieillissement*, vol. 20, n° 1 (2001), p.160-191.