

# Bulletin d'information sur les dépenses de santé comparatives tant à l'échelle canadienne que sur le plan international

Janvier 2014 (7<sup>e</sup> parution de cette publication annuelle)

Nous donnons ici un aperçu des dépenses de santé produites selon deux univers :

## Les dépenses selon l'univers de l'Institut canadien d'information sur la santé

D'abord, et principalement, selon l'univers de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) utilisé, entre autres, pour la réalisation de son document *Tendances nationales des dépenses de santé, 1975-2013* auquel le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) collabore en établissant les dépenses gouvernementales de santé du Québec.

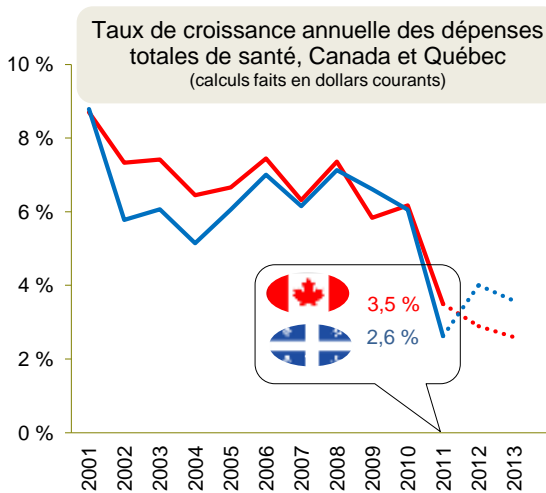
Le présent document traite des années 2003 à 2013 en mettant l'accent sur les données de l'année 2011, soit la dernière année pour laquelle les données sont considérées comme « réelles ou révisées » puisque les données de 2012 et 2013 sont en fait des prévisions.

L'ICIS définit les dépenses totales de santé comme étant « toutes dépenses publiques et privées dont l'objectif premier consiste à améliorer ou à prévenir la détérioration de l'état de santé ». Il importe d'indiquer que le Québec est la seule province canadienne à intégrer la mission Santé et Services sociaux dans ses comptes publics (une importante source d'information utilisée pour établir les dépenses) et que ces dépenses en Services sociaux qui y représentent environ 12 % de la dépense totale de la mission Santé et Services sociaux du Québec sont exclues des estimations de l'ICIS.




Précisons d'autre part que les valeurs de l'ICIS sont présentées sur la base des années civiles et qu'elles sont exprimées en dollars courants canadiens.

## Faits saillants




### Un ralentissement de la croissance des dépenses totales de santé dans le Canada



En dollars courants, le total des dépenses de santé au Canada dépasse pour une première fois les 200 milliards de dollars, soit 5 803 \$ par habitant en 2011. Toutefois, le taux de croissance des dépenses de santé ralentit à partir de cette année. Il en va de même pour la proportion que ces dépenses représentent sur le produit intérieur brut (PIB).

 2011 = 200 G\$ en  : 5 803 \$ par  : 11,4 % du PIB : \$ public à 70,4 %

La situation est assez semblable au Québec. Les dépenses totales de santé de l'ordre de 41,7 G\$ en 2011 y constituent alors un sommet. Néanmoins, le taux de croissance de ces dépenses diminue. De fait, l'augmentation de 2,6 % en 2011 suit une hausse annuelle moyenne de 6,6 % pour les années 2000 à 2010. Par ailleurs, le ratio des dépenses totales de santé par rapport au PIB passe de 12,3 % en 2010 à 12,0 % en 2011.

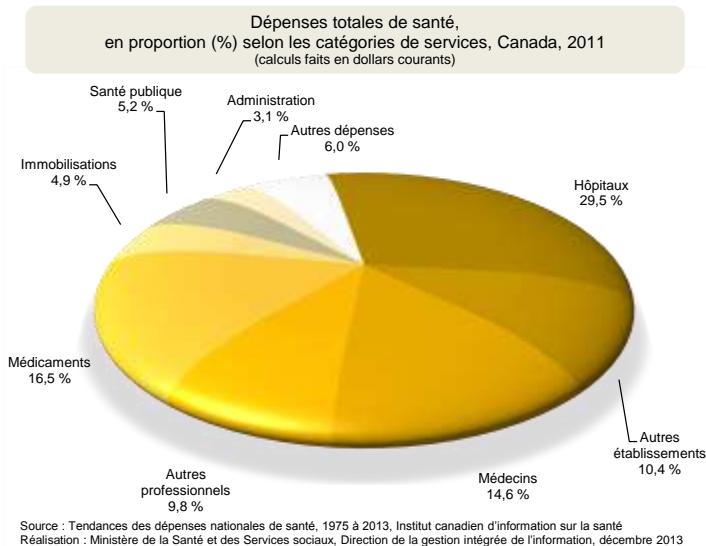
 2011 = 41,7 G\$ en  : 5 223 \$ par  : 12 % du PIB : \$ public à 71,5 %

### Les dépenses canadiennes affectées majoritairement aux catégories « hôpitaux », « médicaments » et « médecins »

La catégorie « Hôpitaux », qui nécessite 29,5 % des dépenses totales de santé au Canada en 2011, est celle dont les dépenses sont les plus grandes pour chaque province. Vient ensuite la catégorie « Médicaments » (16,5 %) pour toutes, sauf l'Alberta et la Colombie-Britannique (la catégorie « Médecins » s'y intercale).

### Une répartition stable des dépenses canadiennes de santé entre les secteurs publics et privés

Bien que leur somme augmente, la proportion que représentent les dépenses publiques sur les dépenses totales de santé, au Canada, a peu varié. La proportion ressemble en 2011 (70,4 %) à ce qu'elle était en 2001 (69,9 %). Bien qu'en légère diminution, la situation est également plutôt stable pour le Québec, alors que la proportion en 2011 (71,5 %) est semblable à ce qu'elle était en 2001 (71,9 %).



### **Les dépenses selon l'univers de l'Organisation de coopération et de développement économiques**

Il est aussi question des dépenses de santé établit selon l'univers de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), plus particulièrement de celles des pays du G7 pour les années allant de 1991 à 2011.

Pour l'OCDE, les dépenses totales de santé correspondent à la consommation finale de produits et de services de santé (les dépenses courantes de santé) en plus des dépenses d'investissement dans l'infrastructure des soins de santé. Elles englobent les dépenses des agents publics et privés en produits et services médicaux ou les dépenses consacrées aux programmes de santé publique et de prévention de même qu'à l'administration. Contrairement aux dépenses de santé de l'ICIS, les activités connexes telles que le contrôle des aliments et de l'hygiène, la recherche et le développement en matière de santé, ainsi que la formation des travailleurs de la santé sont exclues des dépenses totales de santé. Il faut savoir que les valeurs de l'OCDE sont présentées sur la base des années civiles et qu'elles sont exprimées en dollars courants des États-Unis à parité de pouvoir d'achat (PPA).

### **Faits saillants**

#### Un ralentissement des dépenses totales de santé touchant plusieurs pays

Dans le communiqué de presse titré « *Fort ralentissement des dépenses de santé en raison des coupes budgétaires sur fond de crise* », qu'elle publia pour accompagner la parution de son « Panorama de la santé 2013 », l'OCDE mentionne, entre autres, que :

- dans un pays de l'OCDE sur trois, les dépenses totales de santé ont baissé entre 2009 et 2011;
- les dépenses par habitant ont baissé dans 11 pays de l'OCDE sur 33 entre 2009 et 2011.

En ce qui concerne les pays du G7 auquel on s'intéresse plus particulièrement dans notre document, on observe, à partir de 2009, soit une stagnation ou une réduction de la proportion que les dépenses totales de santé représentent par rapport au PIB, à l'exception du Japon.

Le Canada est encore, en 2011, parmi les pays de l'OCDE ayant la proportion la plus élevée de dépenses de santé par rapport au PIB (après les États-Unis, les Pays-Bas (non-membre du G7), la France et l'Allemagne).

Réalisation : **François Béland**, DGII, MSSS. [francois.beland@msss.gouv.qc.ca](mailto:francois.beland@msss.gouv.qc.ca)  
Révision linguistique : Johanne Tardif

Ce document est disponible sous la rubrique « [Dépenses de santé](#) » du thème « [Ressources financières](#) » de l'[Espace informationnel Santé et Services sociaux du MSSS](#).

ISSN 1916-4823 (En ligne) Dépôt légal : Bibliothèque nationale du Canada - Bibliothèque nationale du Québec

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion du présent document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2014

***Bulletin d'information  
sur les dépenses de santé comparatives  
tant à l'échelle canadienne que sur le plan international***

[Ce document](#) de même que des [tableaux de données exploitables](#) dans un fichier Excel, ayant servi à la réalisation des documents "Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2013" de l'ICIS et du présent document sont disponibles sur *l'Espace informationnel Santé et Services sociaux* :  
<http://www.informa.msss.gouv.qc.ca/>

**Réalisation :**

François Béland  
Direction de la gestion intégrée de l'information  
Direction générale de la coordination, du financement, des immobilisations et du budget  
Ministère de la Santé et des Services sociaux  
1075, chemin Sainte-Foy, 3<sup>e</sup> étage  
Québec (Québec) G1S 2M1

Téléphone : 418 266-7114  
Télécopieur : 418 266-4612  
Courriel : francois.beland@msss.gouv.qc.ca

**Révision linguistique :**

Johanne Tardif  
Direction de la gestion intégrée de l'information

## TABLE DES MATIÈRES

<b>Canada : comparaisons interprovinciales .....</b>	<b>1</b>
Source d'information : la base de données de l'ICIS sur les dépenses nationales de santé.....	1
Principales notes méthodologiques sur l'exercice d'établissements des dépenses .....	2
Forme de présentation des données .....	3
Dépenses de santé .....	5
Dépenses totales de santé .....	5
Dépenses totales de santé par habitant .....	6
Dépenses totales de santé en proportion du PIB.....	7
Dépenses totales de santé par catégories de services.....	8
Dépenses publiques de santé .....	13
En proportion des dépenses totales de santé.....	14
Par habitant.....	16
Secteur des gouvernements provinciaux.....	17
En proportion des dépenses totales de santé.....	18
Par habitant.....	20
En proportion des dépenses de programmes .....	21
Dépenses privées de santé .....	23
En proportion des dépenses totales de santé.....	24
Par habitant.....	26
<b>Pays du G7 : comparaisons internationales .....</b>	<b>27</b>
Source d'information : le navigateur web OECD.Stat.....	29
Dépenses totales de santé.....	30
L'année 2011 .....	31
En proportion du PIB.....	31
Par habitant.....	31
Évolution dans le temps .....	33
En proportion du PIB.....	33
Par habitant.....	34
Selon la source de financement .....	35

<b>Annexes .....</b>	<b>37</b>
Annexe A : Définitions des catégories selon lesquelles l'ICIS classe les dépenses de santé .....	38
Annexe B : Aperçu de la classification internationale des comptes de la santé .....	41



## **CANADA : COMPARAISONS INTERPROVINCIALES**

---

---





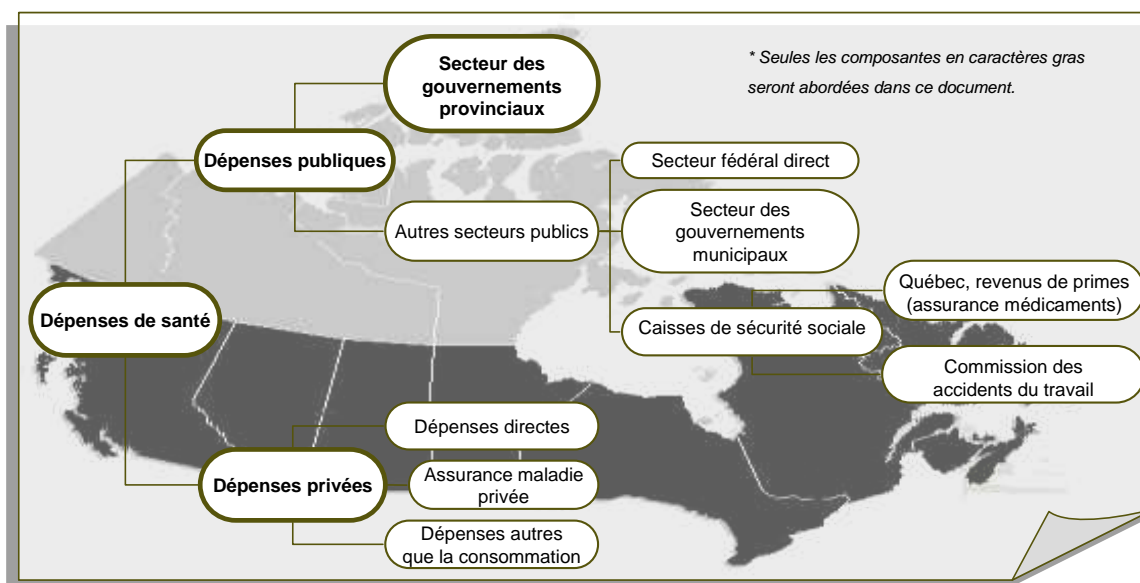
## Source d'information : la base de données de l'ICIS sur les dépenses nationales de santé

Les données présentées dans la section « Comparaisons interprovinciales » proviennent de l'ICIS. Elles sont extraites de la BDDNS, dont la version la plus récente couvre les années 1975 à 2013. Mentionnons que les deux dernières années sont des prévisions.

Notons d'entrée de jeu qu'il s'agit uniquement des dépenses de santé, puisque les dépenses en matière de services sociaux ne sont pas comprises dans les données de l'ICIS.

L'ICIS utilise une méthodologie qui repose essentiellement sur un système de classification conforme aux normes internationales élaborées par l'OCDE<sup>1</sup> pour déclarer les dépenses de santé et leur financement.

Une classification des dépenses de santé est effectuée selon le secteur de financement, soit **public** ou **privé**. La composition de chacun de ces secteurs est illustrée dans la figure ci-dessous.



Les dépenses du secteur public sont également réparties selon la catégorie de services (ou affectation de fonds) à laquelle elles appartiennent. Ces catégories sont les hôpitaux, les autres établissements, les médecins, les autres professionnels, les médicaments, les immobilisations, la santé publique, l'administration et les autres dépenses de santé. La définition de ces catégories se retrouve à la page 38.

En définitive, l'ICIS estime, dans le temps, les dépenses de santé des provinces, des territoires et du Canada par agent payeur (gouvernements provincial, fédéral, municipal, assureurs privés, etc.) et par mode de prise en charge (hôpitaux, médecins, médicaments, santé publique, etc.).

1. Pour plus de renseignements sur la nomenclature utilisée par l'OCDE, veuillez consulter le manuel intitulé *Système de comptes de la santé*, de l'OCDE.



## Principales notes méthodologiques sur l'exercice d'établissements des dépenses

### Révision de la méthode d'estimation des dépenses gouvernementales de santé du Québec en 2007

Dans le cadre des travaux d'estimation de la dépense de santé du gouvernement du Québec, l'ICIS utilise une documentation officielle provenant du ministère des Finances du Québec, soit les comptes publics et les livres des crédits. Pendant plusieurs années, l'ICIS s'est également référé à deux tableaux produits par le MSSS comportant des données présentées selon la structure budgétaire des comptes publics et estimées à partir d'un pourcentage « santé » établi pour certains éléments de programmes.

La réforme de la comptabilité publique de 1997-1998 et, plus particulièrement, les changements qui ont été apportés à la structure budgétaire de la mission Santé et Services sociaux, a rendu difficile la classification des dépenses du Québec dans l'univers « santé » de l'ICIS. Mises à part les estimations des dépenses médicales et pharmaceutiques, qui étaient relativement faciles à identifier dans les documents budgétaires, la classification des dépenses pour les autres catégories de services de l'ICIS était imprécise.

Afin de corriger cette situation, une révision rétrospective des données axée sur les dépenses gouvernementales de santé du Québec a été réalisée, en 2007, par le MSSS, en collaboration avec l'ICIS. Cette révision a porté sur la période de 1997-1998 à 2006-2007 et les objectifs visés étaient les suivants :

- établir un portrait précis des éléments qui composent les dépenses du domaine sociosanitaire québécois et cerner les particularités de la situation québécoise dans l'univers « santé » établi par l'ICIS ;
- étudier la comparabilité des univers entre l'ICIS et le Québec, et ajuster la méthodologie d'estimation des dépenses de santé du gouvernement du Québec en fonction des résultats observés, grâce à l'analyse de comparabilité.

La révision des données a conduit à une méthode renouvelée d'estimation des dépenses gouvernementales de santé qui repose sur des bases plus précises et fournit des informations financières plus conformes à l'univers des dépenses de santé de l'ICIS. Ceci permet, non seulement de répondre à plusieurs questions sur le chapitre de la qualité du classement des dépenses de santé du Québec, mais également de rendre les données plus comparables à celles des autres provinces.

Globalement, les résultats observés avec chacune des deux méthodes demeurèrent sensiblement les mêmes, la dépense gouvernementale totale étant peu modifiée. C'est plutôt sur le plan de la répartition des dépenses par catégories de services que l'on nota certains changements, en particulier pour les catégories suivantes : hôpitaux, autres établissements, santé publique, administration, autres dépenses de santé.

### Principales particularités de l'établissement des dépenses de santé du Québec par l'ICIS

Il importe d'indiquer d'emblée l'existence de différences entre les dépenses de santé estimées par l'ICIS et celles du Québec. Il n'y a certes pas d'adéquation parfaite entre les estimations de l'ICIS sur les dépenses de santé et celles observées dans les comptes publics du Québec. Plusieurs raisons peuvent expliquer ces écarts, dont notamment le fait que :

- les dépenses en services sociaux sont exclues des estimations de l'ICIS. Celles-ci représentent environ 12 % de la dépense totale de la mission Santé et Services sociaux du Québec ;
- des dépenses imputées au compte de la santé, dont le financement relève d'autres ministères (ex. : compensation tenant lieu de taxes municipales, Fonds de la recherche en santé du Québec), sont incluses dans le calcul de l'ICIS. Ceci permet de couvrir l'ensemble de cet univers ;
- une conversion en année civile est établie par l'ICIS pour l'analyse des données ;
- les estimations des années 2001-2002 à 2006-2007 tiennent compte de la répartition des sommes consenties à l'équité salariale.



### Restructuration entière de l'Enquête sur les dépenses des ménages de Statistique Canada en 2010

En 2010, Statistique Canada a entièrement restructuré l'Enquête sur les dépenses des ménages (EDM), anciennement l'Enquête sur les dépenses des familles. L'EDM, qui débute avec l'année d'enquête 2010, est effectuée selon une méthodologie de collecte différente des enquêtes précédentes et cette restructuration a eu une incidence sur les dépenses directes de santé dans la BDDNS.

Nous souhaitons mettre en garde nos lecteurs concernant l'estimation des dépenses privées pour la santé, puisqu'elles incluent les sommes remboursées par les assureurs de même que les dépenses directes des particuliers et il se trouve que l'ICIS a recours notamment aux données de l'EDM de Statistique Canada dans son estimation du montant des dépenses des particuliers. L'ICIS écrit d'ailleurs ceci à ce sujet dans son document « Tendances des dépenses nationales de santé de l'ICIS, 1975 à 2013 » : « *En raison des changements apportés en 2010 à l'EDM, les estimations des dépenses privées en médicaments prescrits antérieures à 2009 inclusivement ne devraient pas être comparées avec celle de 2010 et de 2011. Ces deux enquêtes, avant et après les changements méthodologiques, sont réellement différentes. Les différences dans la structure de l'enquête ont entraîné une hausse dans les dépenses privées en médicaments prescrits en 2010.* ».

### Catégorisation modifiée des données de santé publique du Québec en 2012

D'autre part, l'ICIS a décidé de faire une révision des données de santé publique lors de l'exercice de 2012. Dans le cas du Québec, cela signifie entre autres que les sommes relatives à Héma-Québec qui étaient considérées dans la catégorie « Santé publique » sont dorénavant attribuées à la catégorie « Hôpitaux ». Cette révision remonte jusqu'aux données de l'année 1997-1998. En définitive, cela a notamment pour effet de réduire fort considérablement les sommes que le Québec affecte en santé publique.

### Principaux éléments méthodologiques à considérer pour le Québec relativement à l'exercice de 2013

Il importe de mentionner qu'à la Direction de la gestion intégrée de l'information du MSSS, nous avons au cours des récentes années et plus particulièrement cette année, relevé le besoin de corriger, remplacer certaines données ou de changer la catégorisation de certaines données antérieures. Des changements qui, dans certains cas, remontent aussi loin que 1990-1991.

De plus, pour certains éléments, nous disposons aujourd'hui de données sur des périodes de temps plus longues qu'au moment de la révision méthodologique de 2007 ce qui permet la réalisation d'estimation.

Bien qu'habituellement l'exercice consiste chaque année à ajouter les données de l'année nouvellement achevée, puis de revoir conséquemment les projections pour deux années ultérieures, il fut décidé par le MSSS et de concert avec l'ICIS, que l'ensemble des modifications mineures jusqu'à présent relevées allaient être intégrées à l'exercice 2013 de l'ICIS.

### **Forme de présentation des données**

Les données comparatives à l'échelle canadienne sont présentées sur la base des années civiles en dollars courants<sup>2</sup>. L'accent est mis sur 2011, année pour laquelle les données sont considérées comme « réelles

---

2. Dans son rapport, l'ICIS analyse des données en dollars constants. Cependant, les indices de prix sont spécifiques à chaque province et l'ICIS recommande d'utiliser ces données pour comparer des tendances et non pour comparer les niveaux de dépenses entre provinces pour une année donnée.



ou révisées », tout en prenant en considération les années subséquentes, bien que les données pour celles-ci soient des prévisions.

Règle générale, les graphiques n'incluent que les provinces canadiennes. Les résultats des provinces sont présentés selon l'ordre de leur localisation géographique en allant de l'est vers l'ouest dans les histogrammes.

Les descriptions qui accompagnent les graphiques s'attardent plus particulièrement aux résultats du Québec. La situation de l'Ontario est, elle aussi, souvent mise en évidence pour des considérations historiques de comparaison avec le Québec (proximité géographique, volume de population, sans qu'il y ait nécessairement de fondements organisationnels et informationnels comparables). La moyenne canadienne est aussi fréquemment utilisée comme point de comparaison.

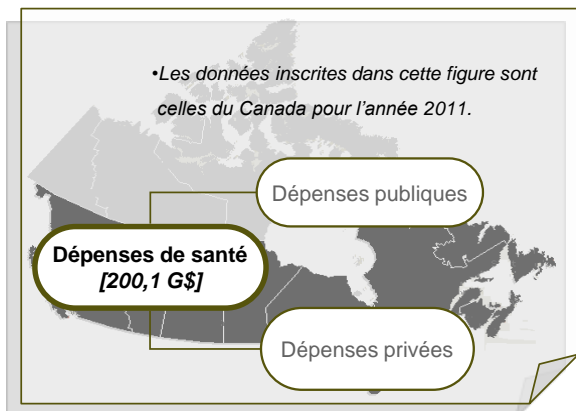
Le taux de croissance annuel moyen (TCAM) est également calculé dans certains cas. Le TCAM permet de calculer une variation moyenne sur une durée de  $n$  années.

L'intérêt du TCAM est de fournir une indication sur le taux de croissance *moyen* sur une période donnée.

Le TCAM a pour limite qu'il donne une moyenne des évolutions annuelles, mais sans tenir compte de la précision des variations internes de la période étudiée. En effet, il ne prend en compte que les valeurs initiales et finales dans son calcul. Il n'en reste pas moins que le TCAM est souvent proche des valeurs réelles.



## Dépenses de santé



L'ICIS définit les dépenses de santé comme étant « toutes dépenses dont l'objectif premier consiste à améliorer ou à prévenir la détérioration de l'état de santé ». Les dépenses totales de santé sont constituées des dépenses publiques et privées.

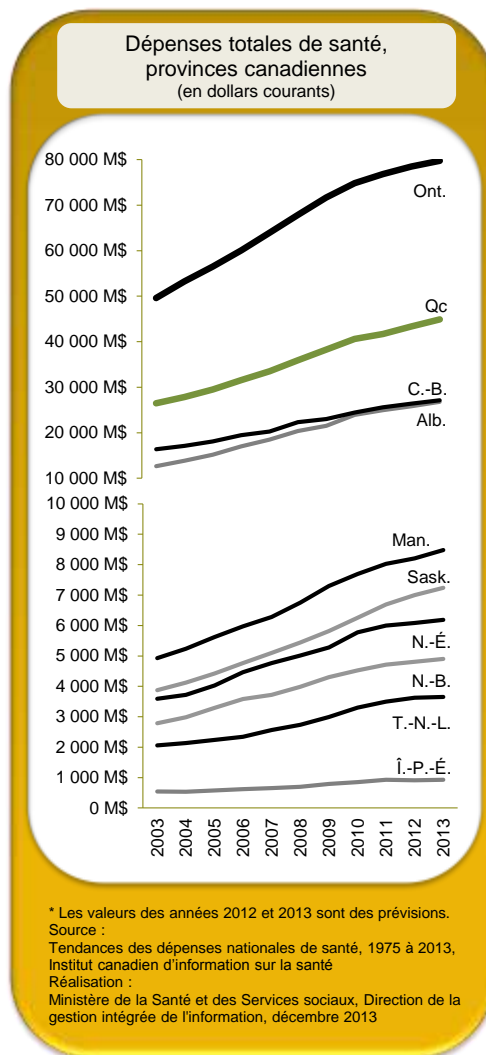
### Dépenses totales de santé

Selon l'ICIS, le Canada a dépensé un total de 200 milliards de dollars (G\$) en santé pour l'année 2011. Cette somme est constituée notamment des 76,8 G\$ de l'Ontario, des 41,7 G\$ du Québec, des 25,6 G\$ de la Colombie-Britannique et des 24,9 G\$ de l'Alberta. Les dépenses de ces quatre provinces comptent donc pour 84,5 % des dépenses canadiennes, ce qui est un peu moins que la proportion de population qu'elles représentent (86,1 % selon l'annexe C.1 du document de l'ICIS).

L'ICIS prévoit que les dépenses totales canadiennes atteindront successivement 205,9 G\$ en 2012, puis 211,2 G\$ en 2013. Celles du Québec atteindront alors 43,3 G\$ puis 44,9 G\$.

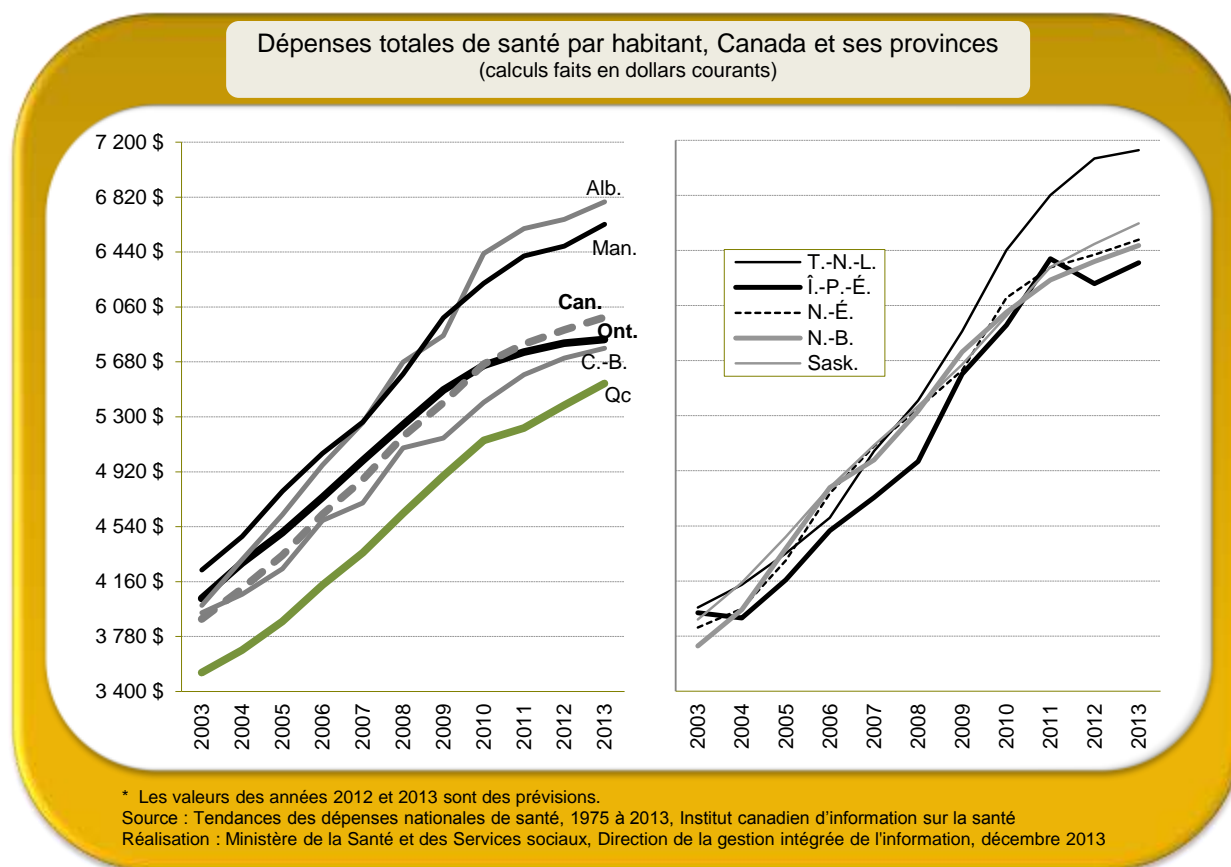
Afin de permettre d'exposer distinctement les données de chaque province, les composantes de la figure à droite utilisent deux échelles de graduation différentes (de 0 à 10 000 M\$ en bas et de 10 000 M\$ à 80 000 M\$ en haut). Cette situation rend toutefois difficile l'appréciation de la variation des données. Ainsi, pour y remédier, abordons brièvement le taux de croissance annuel moyen :

- au cours de la décennie considérée, les dépenses totales de santé ont connu un taux de croissance annuel moyen de 5,5 % au Canada ;
- le taux de croissance annuel moyen des provinces s'étend de 4,9 % (Ontario) à 7,8 % (Alberta) alors qu'il est de 5,7 % au Québec.





Dépenses totales de santé par habitant



À la lecture du graphique, on constate que l'ICIS situe les dépenses totales de santé par habitant à 5 803 \$ pour le Canada en 2011. Parmi les provinces, ces montants varient entre 5 223 \$ (Québec) et 6 822 \$ (Terre-Neuve-et-Labrador). Les dépenses de l'Ontario sont, quant à elles, de 5 747 \$.

Les trois provinces les plus peuplées sont les seules à avoir des dépenses totales de santé par habitant inférieures à la moyenne canadienne. Le Québec a les dépenses les moins élevées (5 223 \$), alors que la Colombie-Britannique dépense 5 591 \$ et que l'Ontario dépense, quant à elles, 5 747 \$.

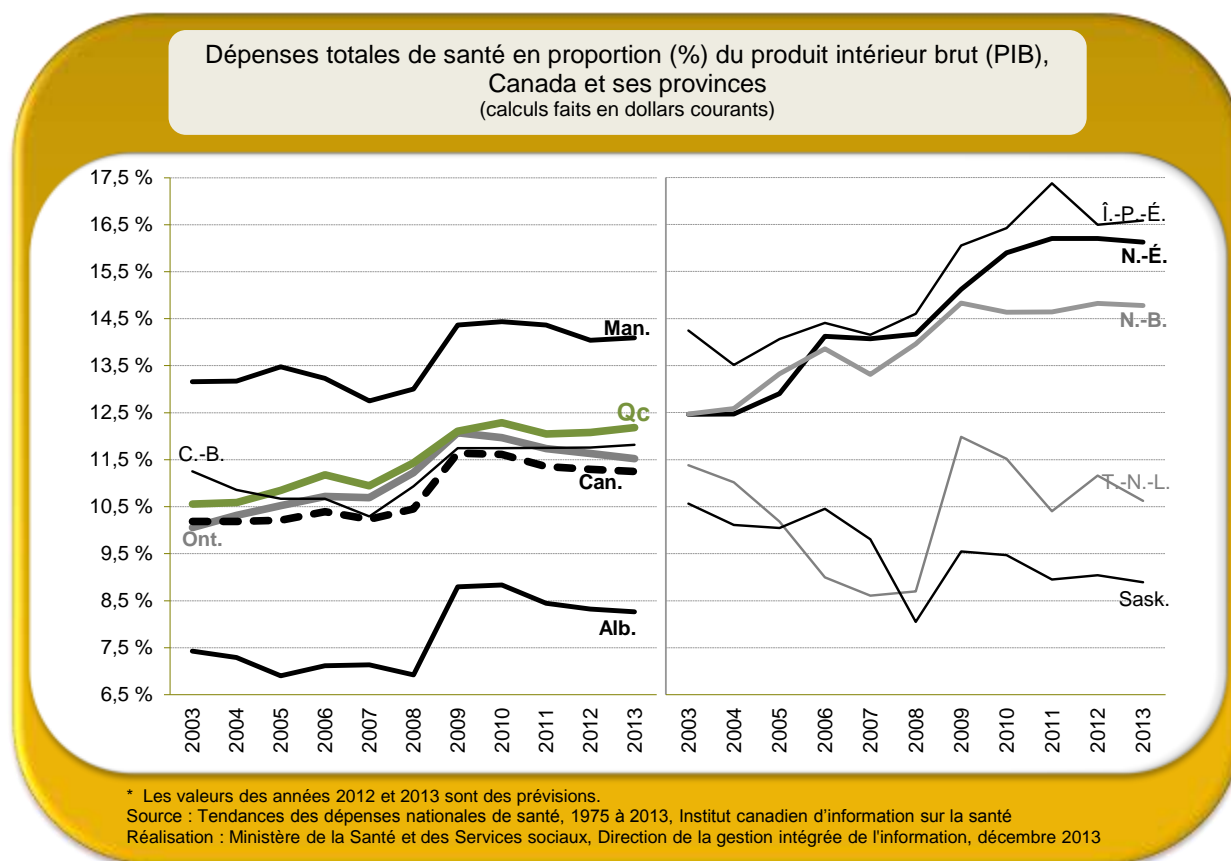
Autrement, c'est Terre-Neuve-et-Labrador qui a les dépenses totales de santé par habitant les plus élevées (6 822 \$) au pays.

À l'exception de l'Île-du-Prince-Édouard (en 2004 et 2012), les dépenses de santé par habitant augmentent d'année en année, et ce, dans toutes les provinces canadiennes.

Pour cette décennie, le taux de croissance annuel moyen est de 4,4 % au Canada. En Ontario, il est de 3,7 %, alors qu'il est de 6 % pour Terre-Neuve-et-Labrador. Le taux de croissance annuel moyen du Québec (4,6 %) se trouve entre ces deux extrêmes, tout près de la valeur canadienne.



Dépenses totales de santé en proportion du PIB



Selon l'ICIS, le Canada, pour l'année 2011, montre un ratio des dépenses totales de santé par rapport au PIB qui se chiffre à 11,4 %. Au sein des provinces, ce ratio varie entre 8,4 % (Alberta) et 17,4 % (Île-du-Prince-Édouard). Pour leur part, les ratios du Québec et de l'Ontario sont respectivement de 12 % et 11,7 %.

Au Canada, entre les années 2003 et 2013, le taux de croissance annuel moyen du ratio des dépenses totales de santé par rapport au PIB est de 1 %.

La Saskatchewan (- 1,7 %) et Terre-Neuve-et-Labrador (- 0,7 %) sont les seules provinces dont le taux de croissance annuel moyen du ratio est négatif. Toutes les autres provinces montrent une augmentation. Parmi ces provinces, les taux de croissance annuels moyens vont de 0,5 % (Colombie-Britannique) à 2,6 % (Nouvelle-Écosse). Au Québec, ce ratio augmente annuellement en moyenne de 1,4 %.

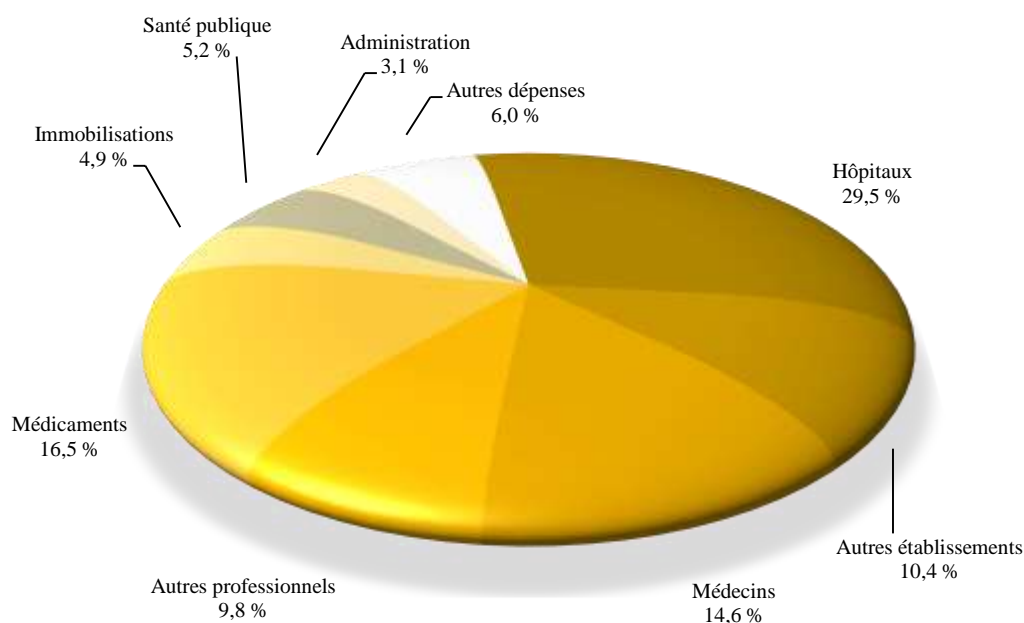


### Dépenses totales de santé par catégories de services

Mentionnons, même si nous ne remontons que jusqu'en 2003 dans ce document, que le changement de méthode abordé précédemment crée également un bris dans la série des données historiques, et ce, à partir de 1997, pour la catégorie « Hôpitaux » et, de façon plus importante, pour la catégorie « Autres établissements ».

Il semblerait que très peu de provinces fournissent des séries chronologiques homogènes (les mêmes postes budgétaires appliqués aux mêmes catégories de dépenses de l'ICIS à travers le temps), et que les résultats ne sont pas toujours cohérents d'une province à l'autre. De ce fait, il fut décidé de limiter notre attention à l'évolution des proportions des dépenses en fonction des catégories au Québec et à la moyenne canadienne.

Dépenses totales de santé,  
en proportion (%) selon les catégories de services, Canada, 2011  
(calculs faits en dollars courants)



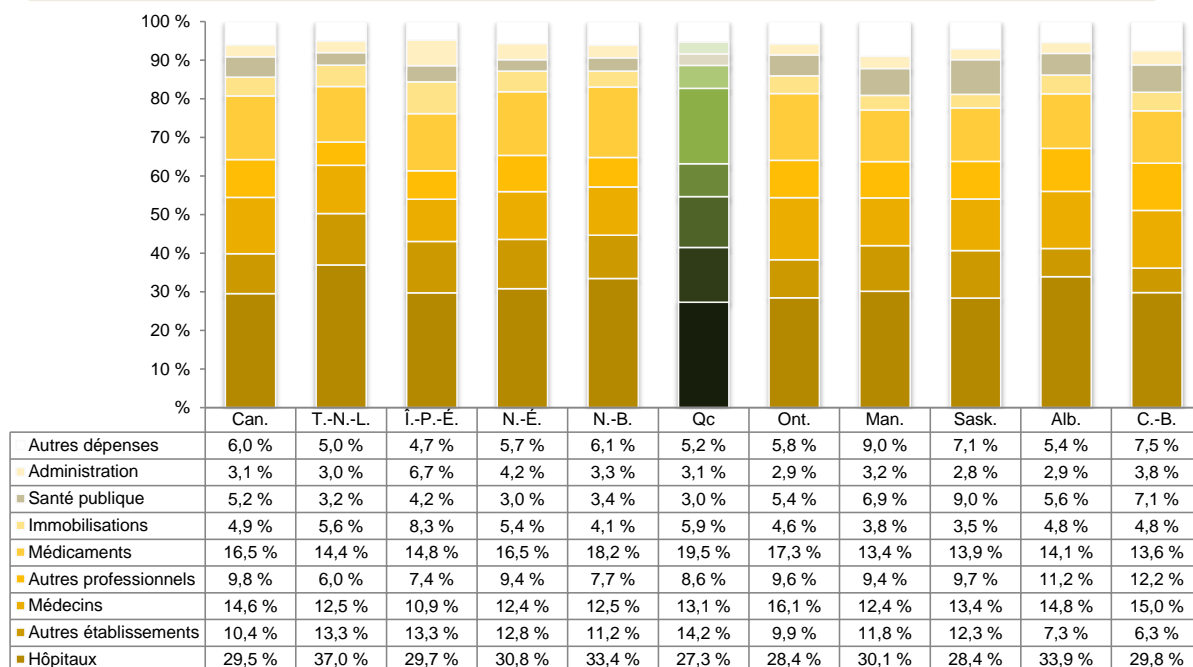
Source : Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2013, Institut canadien d'information sur la santé  
Réalisation : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction de la gestion intégrée de l'information, décembre 2013

Ainsi, selon l'ICIS, les catégories de services auxquelles étaient affectées les plus grandes proportions des dépenses totales de santé au Canada en 2011, sont dans l'ordre : Hôpitaux, Médicaments, Médecins puis Autres établissements.



Précisons que le classement des dépenses de santé dans les catégories « Hôpitaux » et « Autres établissements » pose des défis particuliers pour le Québec étant donné la configuration du système québécois. Néanmoins, le graphique ci-dessous renseigne sur la répartition par catégories de services du Canada et ses provinces :

Dépenses totales de santé, en proportion (%) selon les catégories de services, Canada et ses provinces, 2011  
(calculs faits en dollars courants)



Source : Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2013, Institut canadien d'information sur la santé  
Réalisation : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction de la gestion intégrée de l'information, décembre 2013

Le tableau ci-dessous indique que la catégorie « Hôpitaux » est celle dont les dépenses sont les plus substantielles pour chaque province. Vient ensuite la catégorie « Médicaments » pour toutes sauf l'Alberta et la Colombie-Britannique.

Classement des catégories de services  
en fonction de la proportion des dépenses qu'elles représentent, provinces canadiennes, 2011

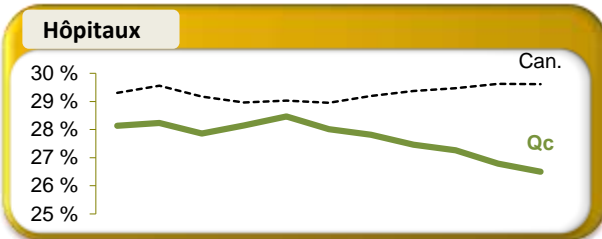
	Hôpitaux	Autres établissements	Médecins	Autres professionnels	Médicaments	Immobilisations	Santé publique	Administration	Autres dépenses
T.-N.-L.	1	3	4	5	2	6	8	9	7
Î.-P.-É.	1	3	4	6	2	5	9	7	8
N.-É.	1	3	4	5	2	7	9	8	6
N.-B.	1	4	3	5	2	7	8	9	6
Qc	1	3	4	5	2	6	9	8	7
Ont.	1	4	3	5	2	8	7	9	6
Man.	1	4	3	5	2	8	7	9	6
Sask.	1	4	3	5	2	8	6	9	7
Alb.	1	5	2	4	3	8	6	9	7
C.-B.	1	7	2	4	3	8	6	9	5

\* Le rang est établi en fonction des valeurs classées par ordre décroissant. Ainsi, le rang 1 est attribué à la catégorie de service dont la proportion est la plus élevée.

Source : Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2013, Institut canadien d'information sur la santé  
Réalisation : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction de la gestion intégrée de l'information, décembre 2013

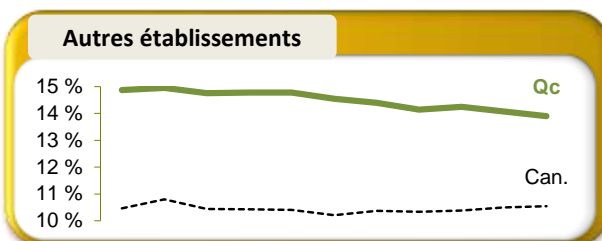


**Dépenses totales de santé, en proportion ,  
selon les cinq principales catégories de services,  
Canada et Québec, 2003 à 2013**  
(calculs faits en dollars courants)

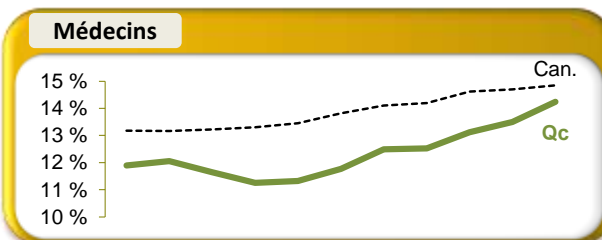


Ces cinq catégories sont, ici, dites principales du fait qu'année après année, elles comptent pour environ 80 % des dépenses.

La proportion moyenne des dépenses consacrées aux hôpitaux au Canada augmente depuis 2009, alors qu'à l'inverse, la proportion consacrée par le Québec, déjà moindre, est en diminution depuis 2008.

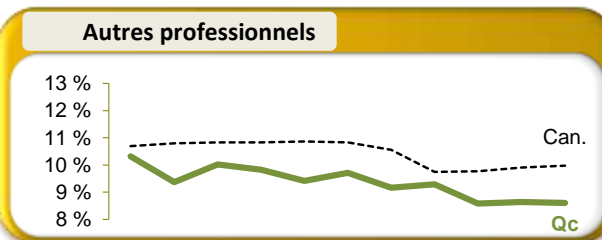


Le Québec consacre davantage pour la catégorie « Autres établissements » que la moyenne canadienne. L'écart semble se réduire lors des plus récentes années. Notons qu'au Québec, une partie du financement de ces autres établissements de santé vient du secteur privé (par exemple : contribution à l'hébergement).

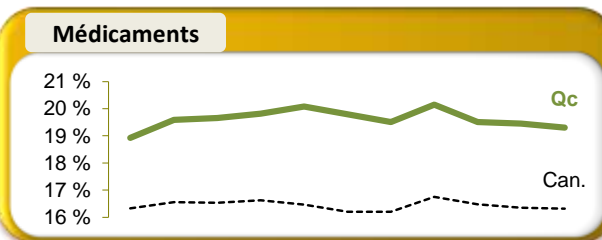


La proportion des dépenses pour la catégorie « Médecins » augmente. Une augmentation récemment plus marquée au Québec, au point où l'écart à la moyenne canadienne est à son plus bas.

Notons que le financement des services médicaux est essentiellement public au Québec.



La proportion consacrée pour cette catégorie de services a diminuée entre le début et la fin de la période considérée. Au Québec, elle a fluctué davantage. Après quelques hausses et baisses, les plus récentes années semblent indiquer un mouvement baissier.



Le Québec consacre davantage aux médicaments que le reste du Canada et cet écart à la moyenne semble assez stable.



Entre le début (2003) et la fin (2013) de la période observée, le pourcentage de variation des dépenses par catégories s'établit comme suit :

Dépenses totales de santé en millions de dollars courants, par catégories de services, Québec, 2003 et 2013			
	2003	2013	% de variation
Administration	1 079 \$	1 415 \$	31,1 %
Autres professionnels	2 729 \$	3 865 \$	41,6 %
Santé publique	856 \$	1 288 \$	50,5 %
Autres établissements	3 936 \$	6 237 \$	58,5 %
Hôpitaux	7 444 \$	11 893 \$	59,8 %
Autres dépenses	1 392 \$	2 254 \$	61,9 %
Médicaments	5 007 \$	8 665 \$	73,0 %
Médecins	3 148 \$	6 393 \$	103,1 %
Immobilisations	872 \$	2 877 \$	229,9 %

\* Les valeurs des années 2013 sont des prévisions.

Source : Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2013, Institut canadien d'information sur la santé

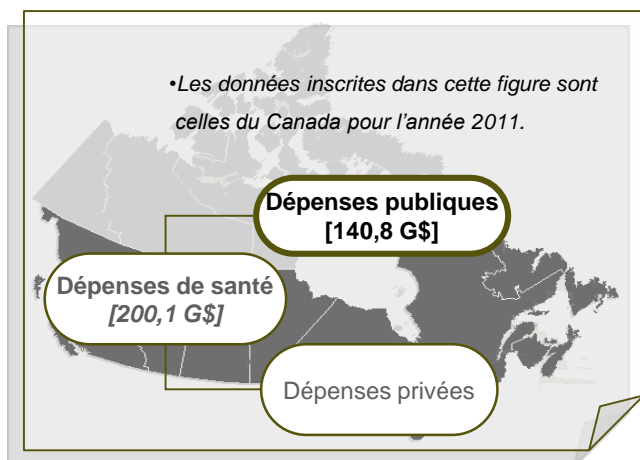
Réalisation : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction de la gestion intégrée de l'information, décembre 2013

Lorsque l'on considère le taux de variation des dépenses par catégories entre les années 2003 et 2013, on constate, bien que l'on doive garder en tête les mises en garde méthodologiques faites précédemment, que c'est la catégorie des « Immobilisations » qui a connu le plus fort taux d'augmentation, et ce, par beaucoup. Suivent ensuite dans l'ordre, les catégories « Médecins » et « Médicaments ». Ce sont les catégories « Administration » et « Autres professionnels » qui connaissent les plus faibles taux de variation.





## Dépenses publiques de santé



Les dépenses publiques de santé se composent des dépenses de santé des gouvernements provinciaux et territoriaux, des paiements directs effectués par le gouvernement fédéral (excluant les transferts aux provinces) et par les administrations municipales, des dépenses en aide médicale versées par la Commission de la santé et de la sécurité du travail, ainsi que des revenus de primes au Fonds de l'assurance médicaments du Québec<sup>3</sup>. L'ICIS considère cette partie du fonds comme un programme d'assurance sociale imposé et administré par une instance gouvernementale. C'est pour cette raison qu'il considère ces dépenses à titre de caisses de sécurité sociale. Le reste du Fonds de l'assurance médicaments du Québec est financé à même le Fonds consolidé du revenu ; ces dépenses sont donc classées par l'ICIS dans le secteur des gouvernements provinciaux (si besoin, consulter de nouveau le schéma de la classification des dépenses à la page 1 du document).

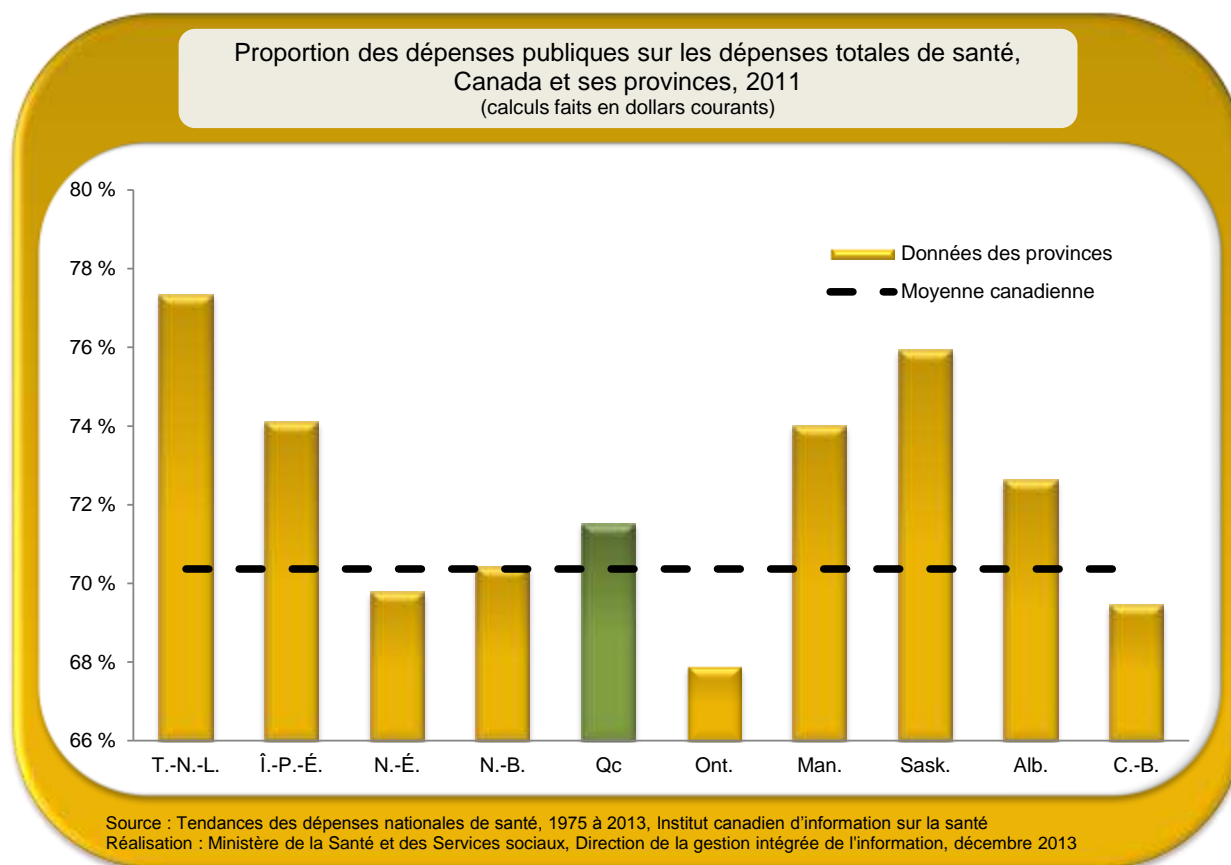
3. Unique au Québec, le Fonds de l'assurance médicaments est le mécanisme choisi pour payer l'ensemble des coûts des médicaments et des services pharmaceutiques fournis aux personnes assurées par la Régie de l'assurance maladie du Québec et à leurs enfants. Depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2002, le Régime public d'assurance médicaments est financé à même les crédits alloués à cet effet par le gouvernement du Québec (secteur des gouvernements provinciaux), ainsi que par les sommes perçues par le Fonds de l'assurance médicaments à titre de primes (secteur des caisses de sécurité sociale).



L'ICIS évaluait les dépenses publiques de santé au Canada à 140,8 G\$ en 2011. L'Ontario (52,2 G\$), le Québec (29,8 G\$), l'Alberta (18,1 G\$) et la Colombie-Britannique (17,8 G\$) sont les provinces ayant les dépenses publiques les plus élevées.

L'ICIS prévoit une augmentation des dépenses publiques de santé du Canada de 2,7 % en 2012, ce qui les situerait à 144,6 G\$, puis de 2,5 % en 2013 pour les situer à 148,2 G\$. Selon ces prévisions, les dépenses du Québec atteindraient successivement 30,9 G\$ en 2012, puis 32 G\$ en 2013, soit des hausses respectives de 3,7 % et 3,6 %.

En proportion des dépenses totales de santé

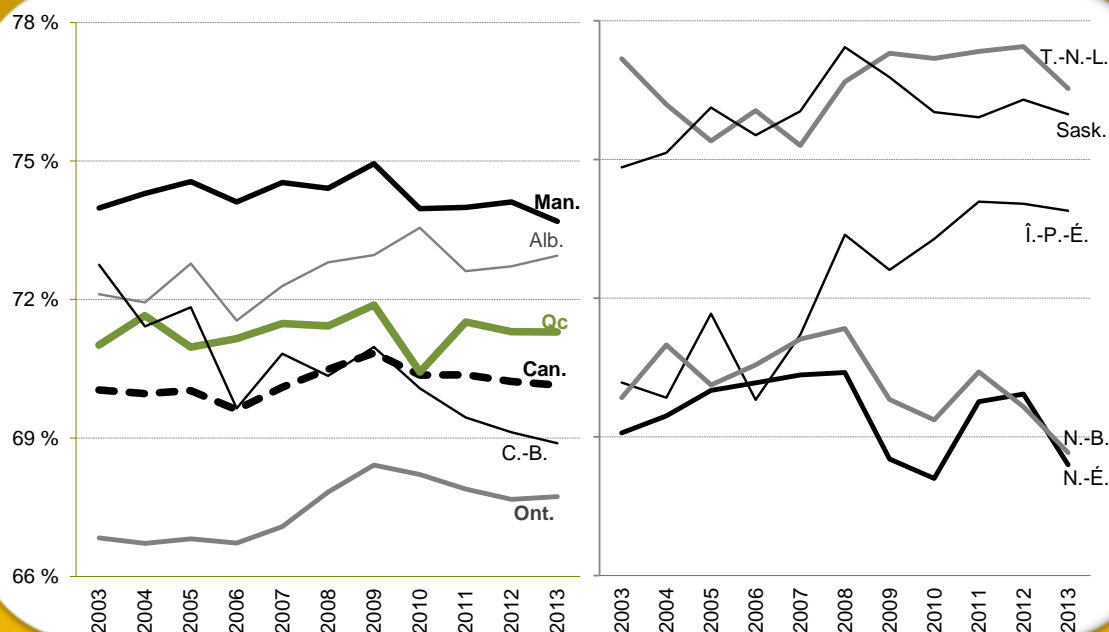


Lorsque l'on considère la proportion que représentent ces dépenses publiques sur les dépenses totales de santé, on constate qu'elles comptent pour 70,4 % des dépenses totales de santé de 2011 au Canada et pour 71,5 % au Québec. L'Ontario influence fortement la proportion canadienne étant donné qu'elle dépense à elle seule 52,2 G\$ des 140,8 G\$ qu'y affecte le Canada.

La proportion des dépenses publiques des provinces varie entre 77,3 % (Terre-Neuve-et-Labrador) et 67,9 % (Ontario). Outre l'Ontario, deux autres provinces (la Colombie-Britannique [69,4 %] et la Nouvelle-Écosse [69,8 %]) ont un résultat sous la moyenne.



Proportion des dépenses publiques sur les dépenses totales de santé, Canada et ses provinces  
(calculs faits en dollars courants)



\* Les valeurs des années 2012 et 2013 sont des prévisions.

Source : Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2013, Institut canadien d'information sur la santé

Réalisation : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction de la gestion intégrée de l'information, décembre 2013

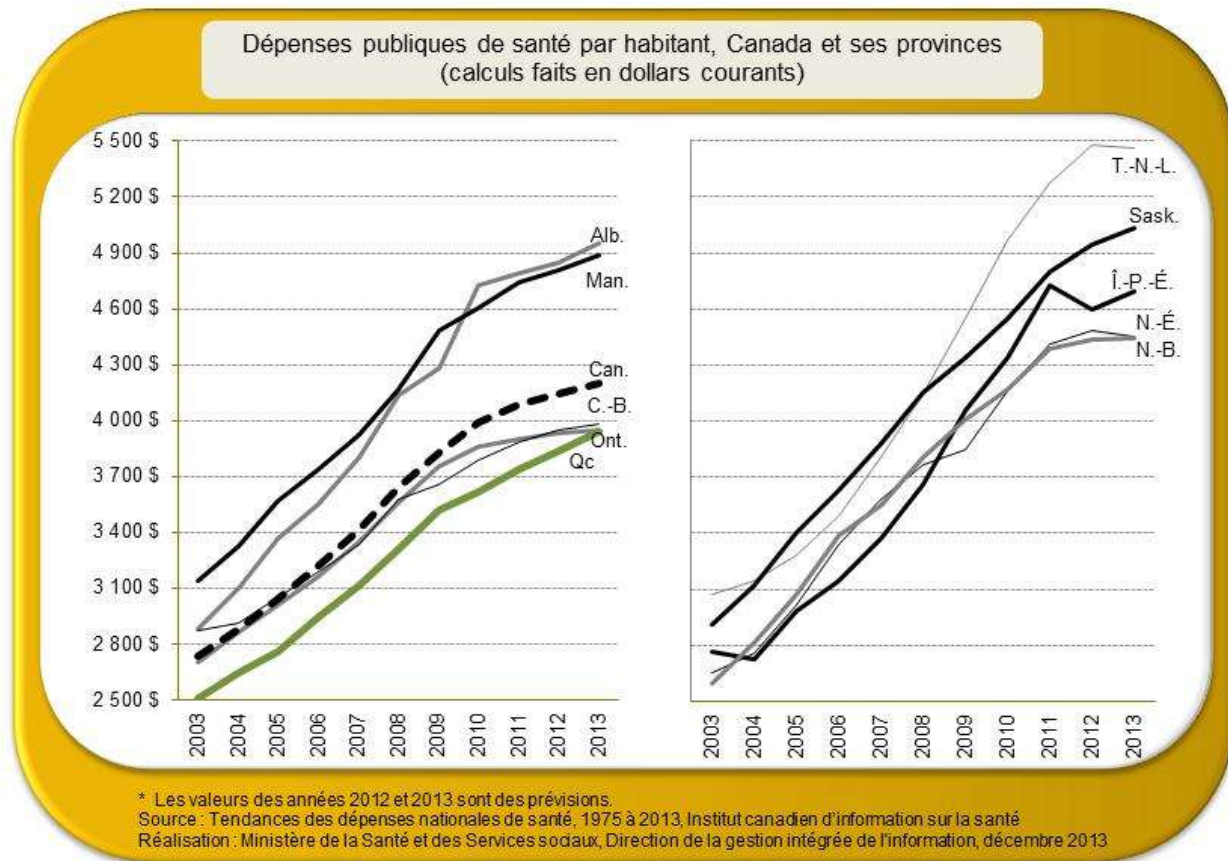
En considérant la période allant de 2003 à 2013, on observe que, bien que leur somme augmente, la proportion que représentent les dépenses publiques sur les dépenses totales de santé, au Canada, a peu varié, alors qu'elle s'est maintenue entre 69,6 % et 70,8 %. De plus, malgré les variations au fil du temps, la proportion est en 2013 (70,1 %) semblable à ce qu'elle était en 2003 (70 %).

À l'examen du graphique, on constate :

- qu'au Québec, la proportion en 2013 (71,3 %) est semblable à ce qu'elle était en 2003 (71 %) ;
- qu'en Ontario, la proportion augmente particulièrement entre 2006 et 2009, alors qu'elle fluctue entre 66,7 % à 68,4 %, et qu'ensuite elle diminue ;
- que c'est à l'Île-du-Prince-Édouard que la proportion augmente le plus (augmentation de 5,3 %) si l'on considère les années 2003 et 2013 plus spécifiquement, alors que la situation de la Colombie-Britannique est à l'inverse (réduction de 5,3 %).



Par habitant



Pour l'année 2011, l'ICIS situe les dépenses publiques de santé par habitant au Canada à 4 083 \$. Parmi les provinces, ces montants varient entre 3 735 \$ (Québec) et 5 276 \$ (Terre-Neuve-et-Labrador). La Colombie-Britannique et l'Ontario viennent à la suite du Québec avec respectivement des montants de 3 882 \$ et 3 902 \$.

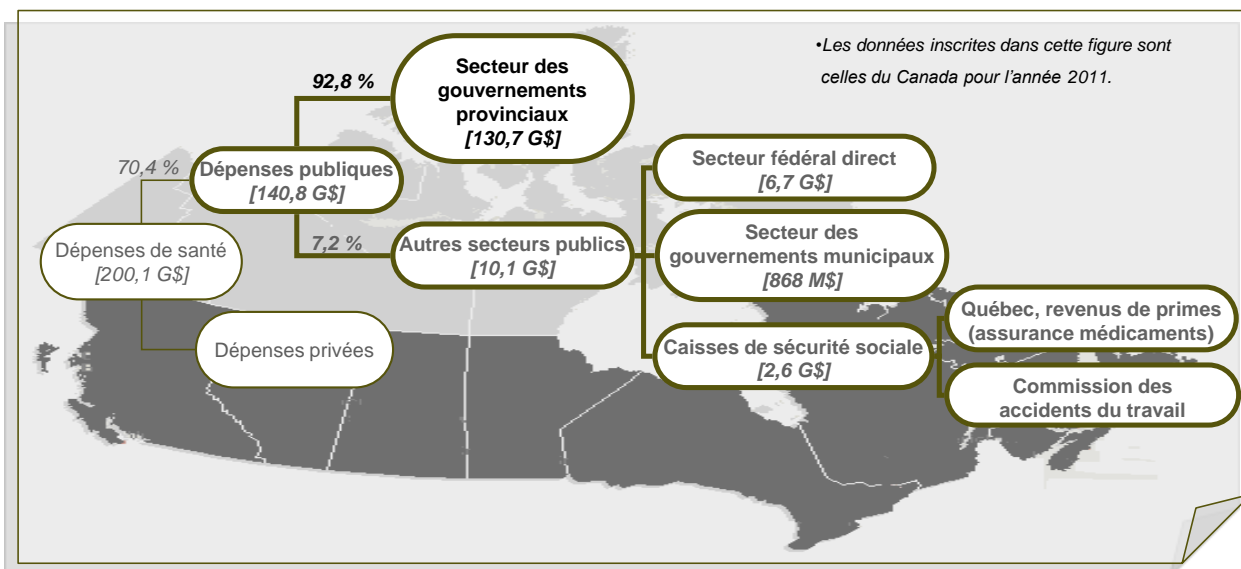
D'ordinaire, les dépenses publiques de santé par habitant augmentent d'année en année, et ce, dans toutes les provinces canadiennes, toutefois, les cas d'exceptions augmentent. L'Île-du-Prince-Édouard fut l'exception en 2004, puis de nouveau en 2012, et voilà que Terre-Neuve-et-Labrador de même que la Nouvelle-Écosse font exception en 2013.

Le taux de croissance annuel moyen de ces dépenses est de 4,4 % au Canada, au cours de la période allant de 2003 à 2013. En Colombie-Britannique, il est de 3,3 %, alors qu'il est de 5,9 % à Terre-Neuve-et-Labrador. Le résultat de l'Ontario et du Québec (dans l'ordre 3,9 % et 4,6 %) se trouve entre ces deux extrêmes.



Dépenses publiques de santé :

### Secteur des gouvernements provinciaux



Les dépenses publiques de santé sont constituées essentiellement des dépenses de santé des gouvernements provinciaux. Les dépenses gouvernementales de santé estimées proviennent des comptes publics provinciaux et des budgets de dépenses, des rapports annuels de divers organismes, fondations et commissions, ainsi que de tableaux spéciaux et de données particulières provenant de divers ministères provinciaux déclarant des dépenses de santé. Ces dépenses incluent les transferts du gouvernement fédéral.

Les données sur les dépenses gouvernementales sont relativement fiables, puisqu'elles sont basées largement sur les comptes publics et crédits provinciaux.

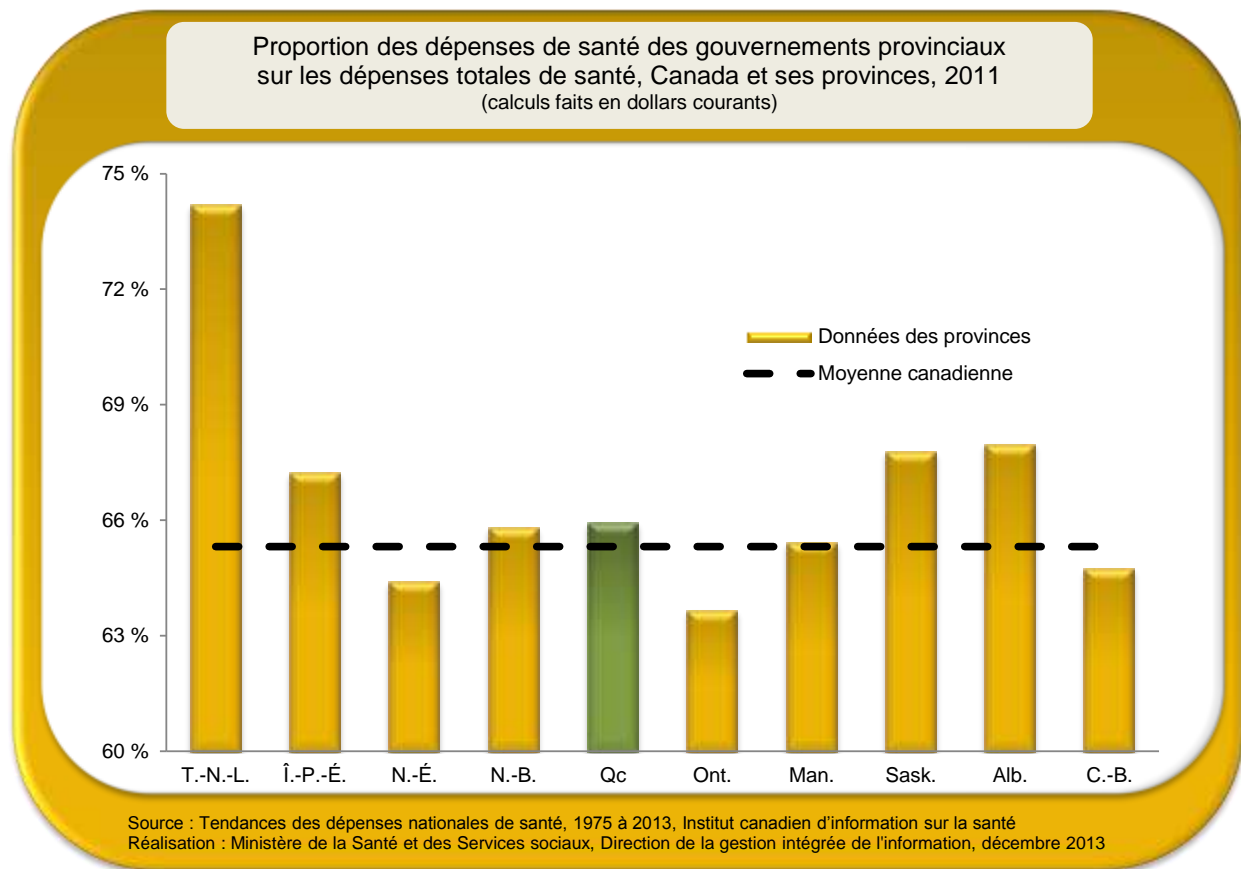
### Dépenses de santé des gouvernements provinciaux

Les dépenses gouvernementales de santé au Canada qui, selon l'ICIS, ont été de 130,7 G\$, en 2011, représentent 92,8 % des dépenses publiques de santé. Les dépenses du gouvernement en matière de santé sont alors de 27,5 G\$ au Québec et de 48,9 G\$ en Ontario.

Selon les prévisions de l'ICIS, les dépenses gouvernementales de santé du Canada augmenteront de 3 % en 2012, ce qui les situerait à 134,7 G\$, puis de 2,7 % en 2013 pour les situer à 138,3 G\$. Quant à elles, les dépenses du Québec atteindraient successivement 28,6 G\$ en 2012, puis 29,6 G\$ en 2013, soit des hausses successives de 4,1 % et 3,7 %.



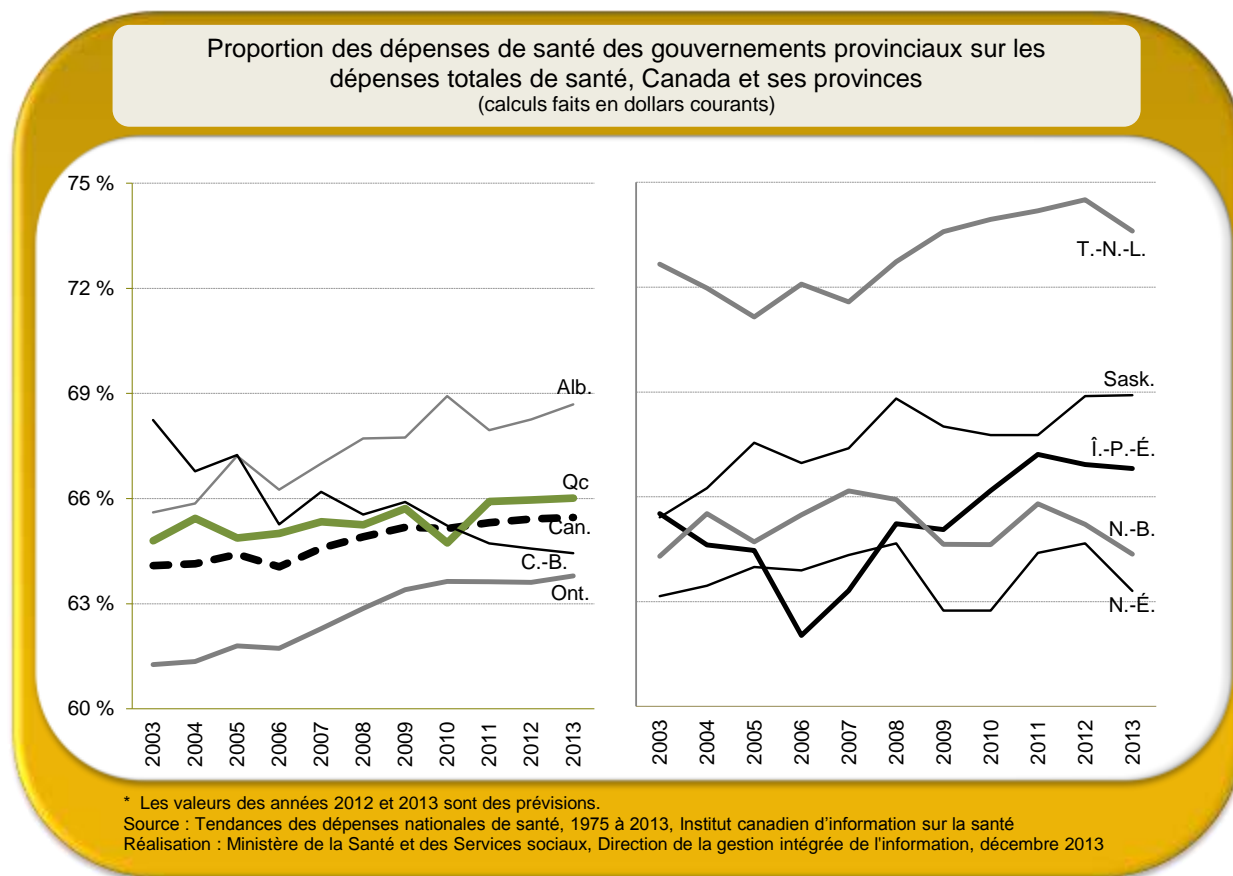
En proportion des dépenses totales de santé



Lorsque l'on considère la proportion que représentent les dépenses de santé des gouvernements provinciaux sur les dépenses totales de santé, on constate qu'elles comptent pour 65,3 % des dépenses totales de santé de 2011.

Parmi les provinces, cette proportion varie entre 63,6 % (Ontario) et 74,2 % (Terre-Neuve-et-Labrador).

La part du secteur gouvernemental dans les dépenses totales de santé au Québec est de 65,9 %, ce qui approche la moyenne canadienne.



En considérant le début et la fin de la période allant de 2003 à 2013, on observe que la proportion des dépenses de santé des gouvernements provinciaux sur les dépenses totales de santé au Canada augmente.

À l'examen du graphique, on constate qu'au Québec, sauf exception en 2010, la proportion de ces dépenses est supérieure à la moyenne canadienne.

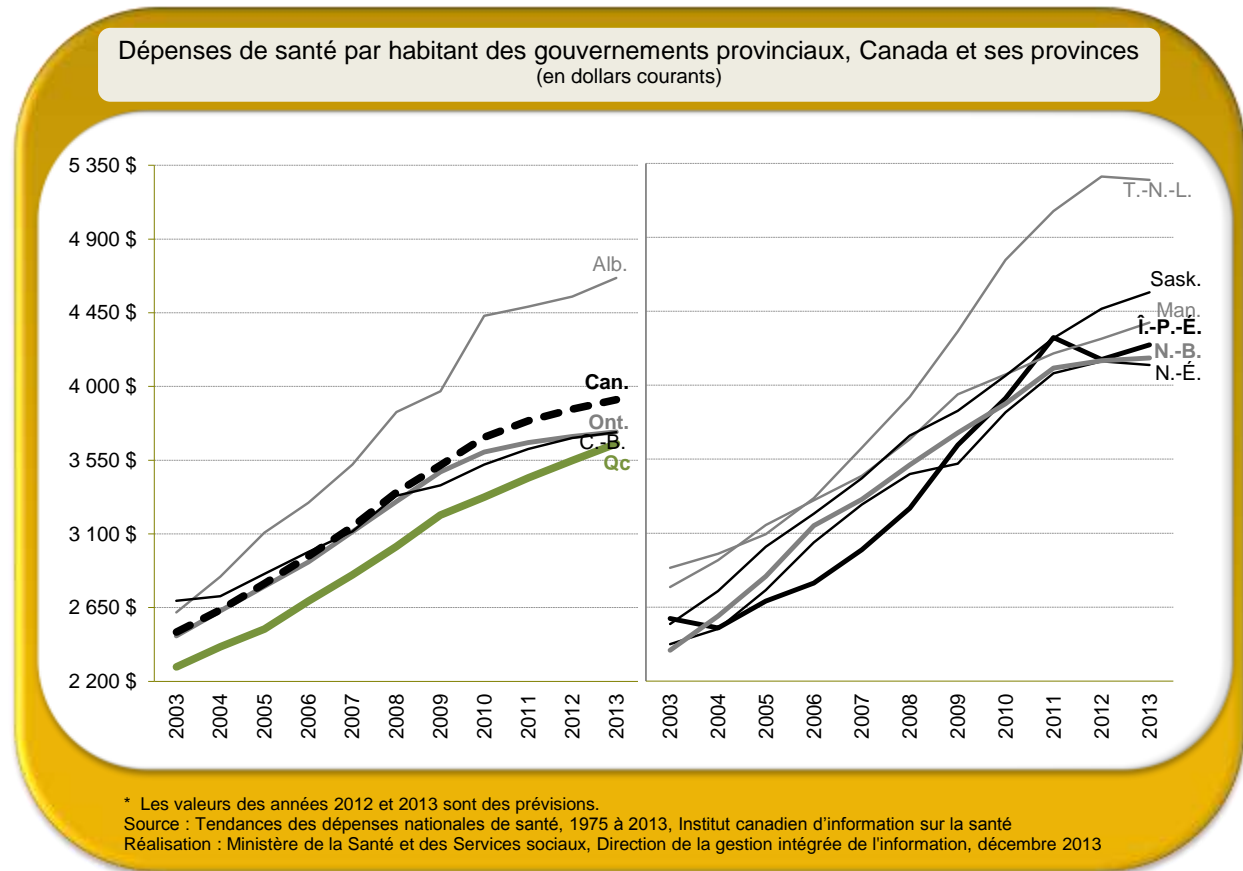
La Colombie-Britannique tend à se rapprocher de la moyenne canadienne au fil des années de la décennie observée, pour éventuellement passer sous cette moyenne à partir de 2011.

L'Alberta tend à s'éloigner de plus en plus de la moyenne canadienne.

Terre-Neuve-et-Labrador affiche des résultats particulièrement éloignés de la moyenne canadienne tout au long de cette décennie.



Par habitant



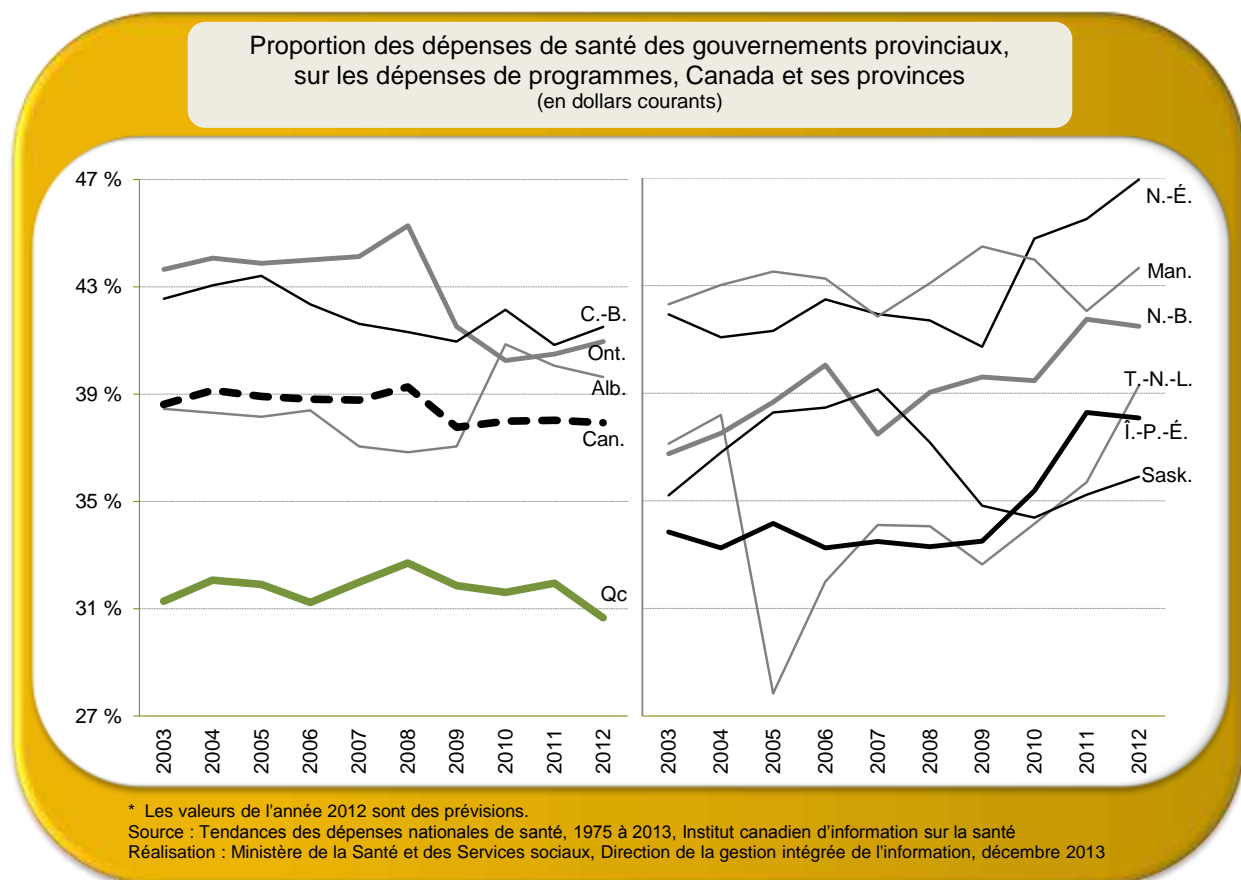
L'ICIS situe les dépenses de santé par habitant des gouvernements provinciaux canadiens en 2011 à 3 790 \$. Parmi les provinces, ces montants varient entre 3 443 \$ (Québec) et 5 061 \$ (Terre-Neuve-et-Labrador). L'Ontario est à 3 657 \$.

Pour la période allant de 2003 à 2013, ces dépenses par habitant du Canada ont un taux de croissance annuel moyen de 4,6 %. La Colombie-Britannique (3,3 %) et l'Ontario (4,2 %) affichent un taux en deçà de ce résultat, alors que le Québec le dépasse à peine (4,8 %). C'est Terre-Neuve-et-Labrador qui affiche le taux le plus élevé (6,2 %).



En proportion des dépenses de programmes

Les dépenses de programmes utilisées par l'ICIS proviennent de données extraites du Système de gestion financière (SGF) de Statistique Canada. Il s'agit du total des dépenses des gouvernements provinciaux et territoriaux moins les frais de la dette. Les données sur les dépenses de programmes ne sont disponibles que jusqu'en 2012.



Selon les données de l'ICIS, au Canada, les soins de santé constituent en proportion 37,9 % des dépenses de programmes des gouvernements provinciaux, en 2011. Cette proportion varie entre 30,7 % (Québec) et 46,9 % (Nouvelle-Écosse) parmi les provinces.

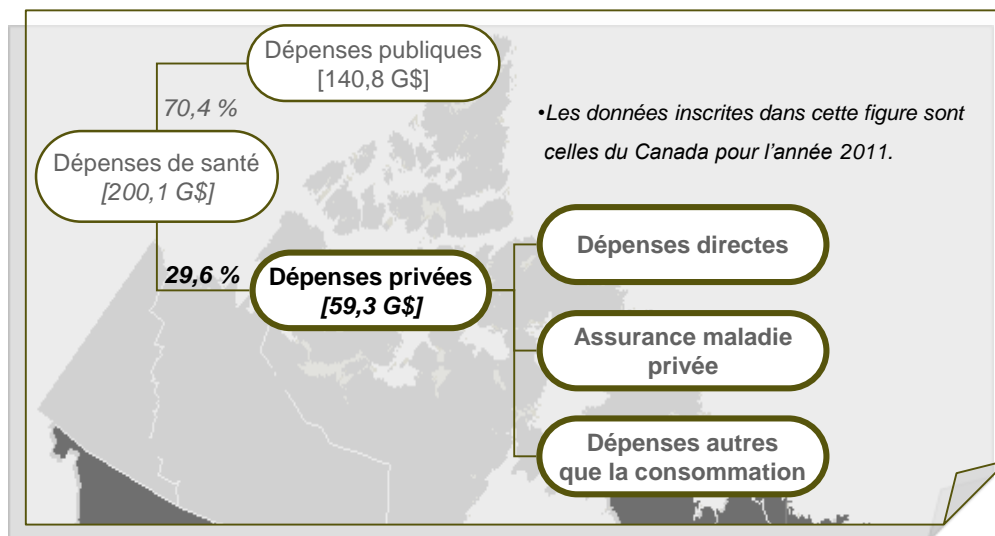
Outre une diminution entre les années 2008 et 2009, le ratio des dépenses de santé des gouvernements provinciaux sur les dépenses de programmes du Canada varie peu. Au final, la proportion a eu un taux de croissance annuel moyen de - 0,2 % au cours de l'intervalle 2003 à 2012.

On constate également, qu'alors que la proportion consacrée par l'Ontario diminue entre le début et la fin de la période observée, la situation inverse se produit particulièrement pour la Nouvelle-Écosse, le Nouveau-Brunswick et l'Île-du-Prince-Édouard.





## Dépenses privées de santé



Pour leur part, les dépenses privées comprennent les dépenses payées par les particuliers pour des produits et des services liés à la santé, les réclamations à l'assurance maladie payées par les compagnies d'assurances (commerciales et à but non lucratif), de même que les coûts d'administration de ces programmes, ainsi que les dépenses autres que la consommation pour la santé (c.-à-d. immobilisations, recherche sur la santé financée par des sources privées, revenus des établissements non liés aux patients, tels que les dons et les revenus de placement).

Les données sur les dépenses privées proviennent, en bonne partie, de l'Enquête sur les dépenses des ménages, ainsi que de tableaux spéciaux fournis par l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes.

Les dépenses privées pour la santé incluent les sommes remboursées par les assureurs de même que les dépenses directes des particuliers. Pour estimer le montant des dépenses des particuliers, l'ICIS a recours notamment aux données de l'EDM de Statistique Canada. Considérant la mise en garde faite précédemment à la page 2, il faut faire preuve de prudence dans la comparaison de l'estimation des dépenses privées pour la santé à partir de 2010, avec celles des années antérieures étant donné la restructuration de l'EDM faite en 2010. Cette mise en garde concerne tout particulièrement les dépenses privées pour les médicaments.

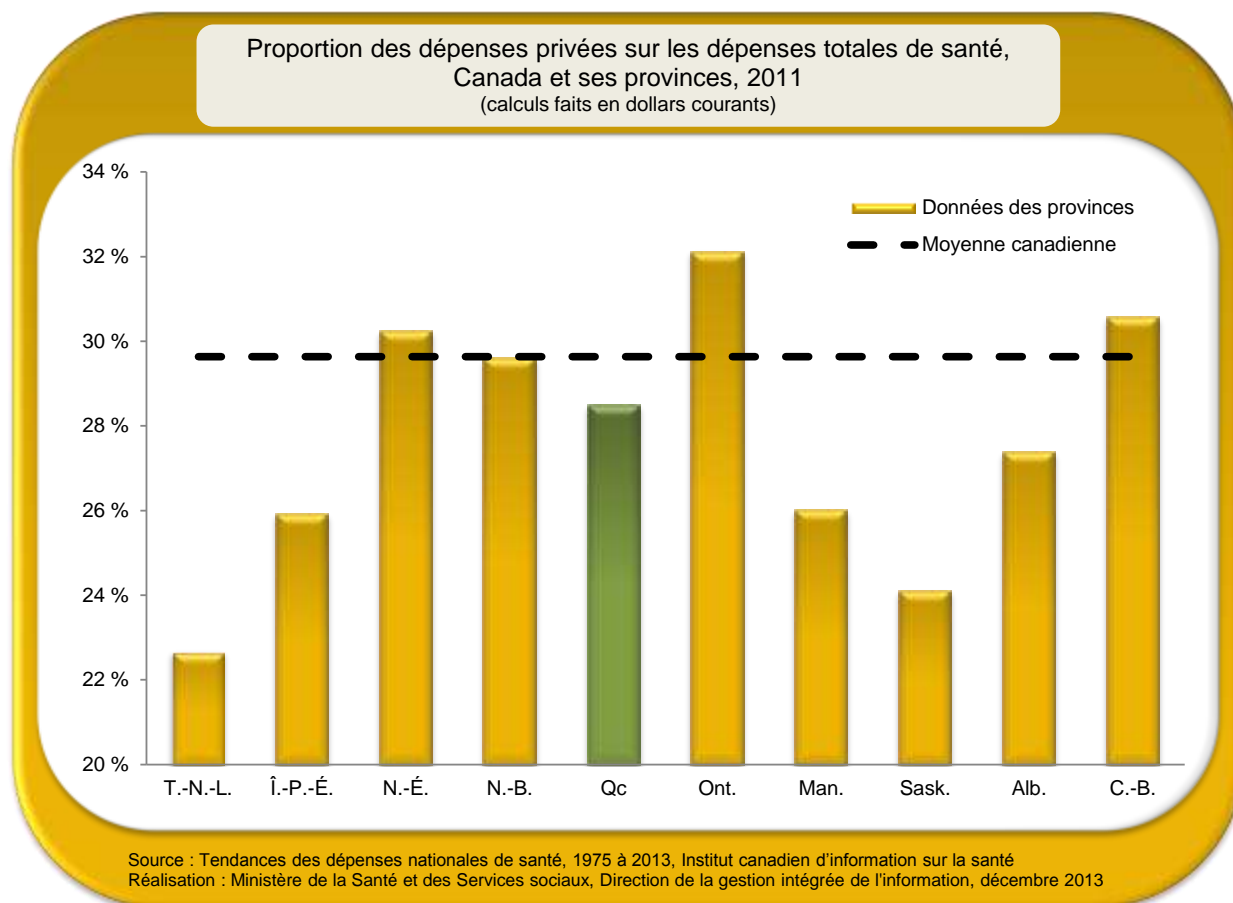


L'ICIS évalue les dépenses privées de santé au Canada à 59,3 G\$ en 2011.

L'Ontario (24,7 G\$), le Québec (11,9 G\$)<sup>4</sup>, la Colombie-Britannique (7,8 G\$) et l'Alberta (6,8 G\$) sont les provinces ayant les dépenses privées les plus élevées.

L'ICIS prévoit que les dépenses privées du Canada augmenteront de 3,4 % en 2012 pour atteindre 61,3 G\$, puis de 2,9 %, en 2013, pour se situer à 63 G\$. Selon ces prévisions, les dépenses du Québec atteindront 12,4 G\$ en 2012, puis 12,9 G\$ en 2013, soit des hausses respectives de 4,8 % et 3,6 %.

### En proportion des dépenses totales de santé



Les dépenses privées de santé au Canada sont donc en augmentation. Lorsque l'on considère la proportion que représentent les dépenses privées sur les dépenses totales de santé, on constate qu'elles comptent pour 29,6 % des dépenses totales de santé de 2011.

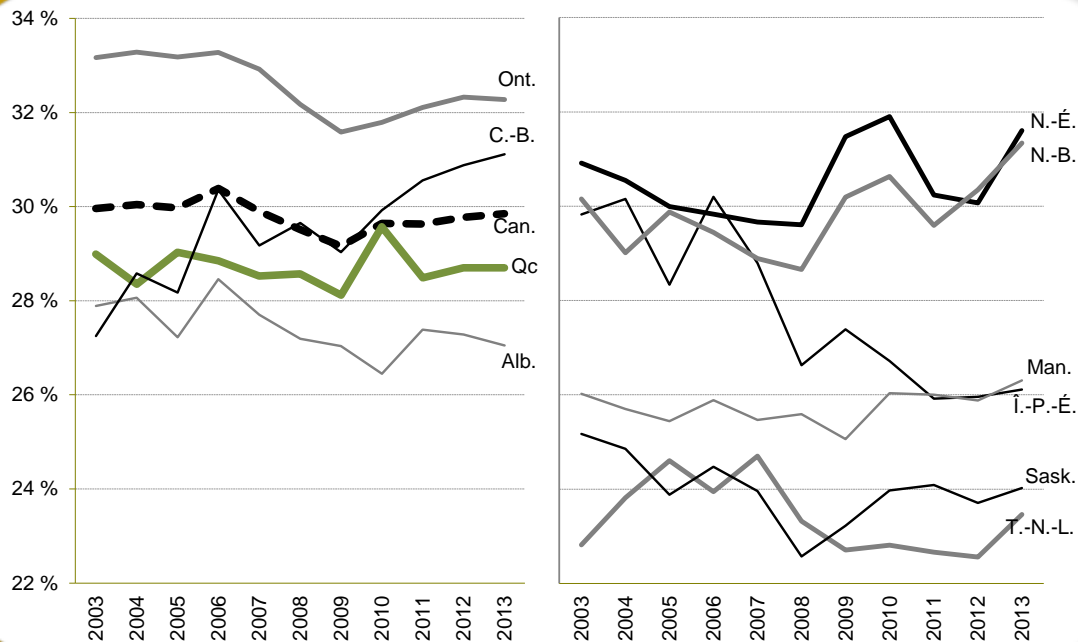
Parmi les provinces, la proportion des dépenses privées se situe entre 22,7 % (Terre-Neuve-et-Labrador) et 32,1 % (Ontario).

La proportion des dépenses privées du Québec s'établit à 28,5 % en 2011.

4. Une part importante des dépenses privées de santé du Québec est consacrée aux médicaments, ainsi qu'à des services offerts par d'autres professionnels que les médecins, par exemple, les psychologues, les physiothérapeutes et les dentistes. À l'instar des autres provinces, les services hospitaliers et médicaux au Québec restent largement financés par le secteur public.



Proportion des dépenses privées sur les dépenses totales de santé,  
Canada et ses provinces  
(calculs faits en dollars courants)



\* Les valeurs de l'année 2012 sont des prévisions.

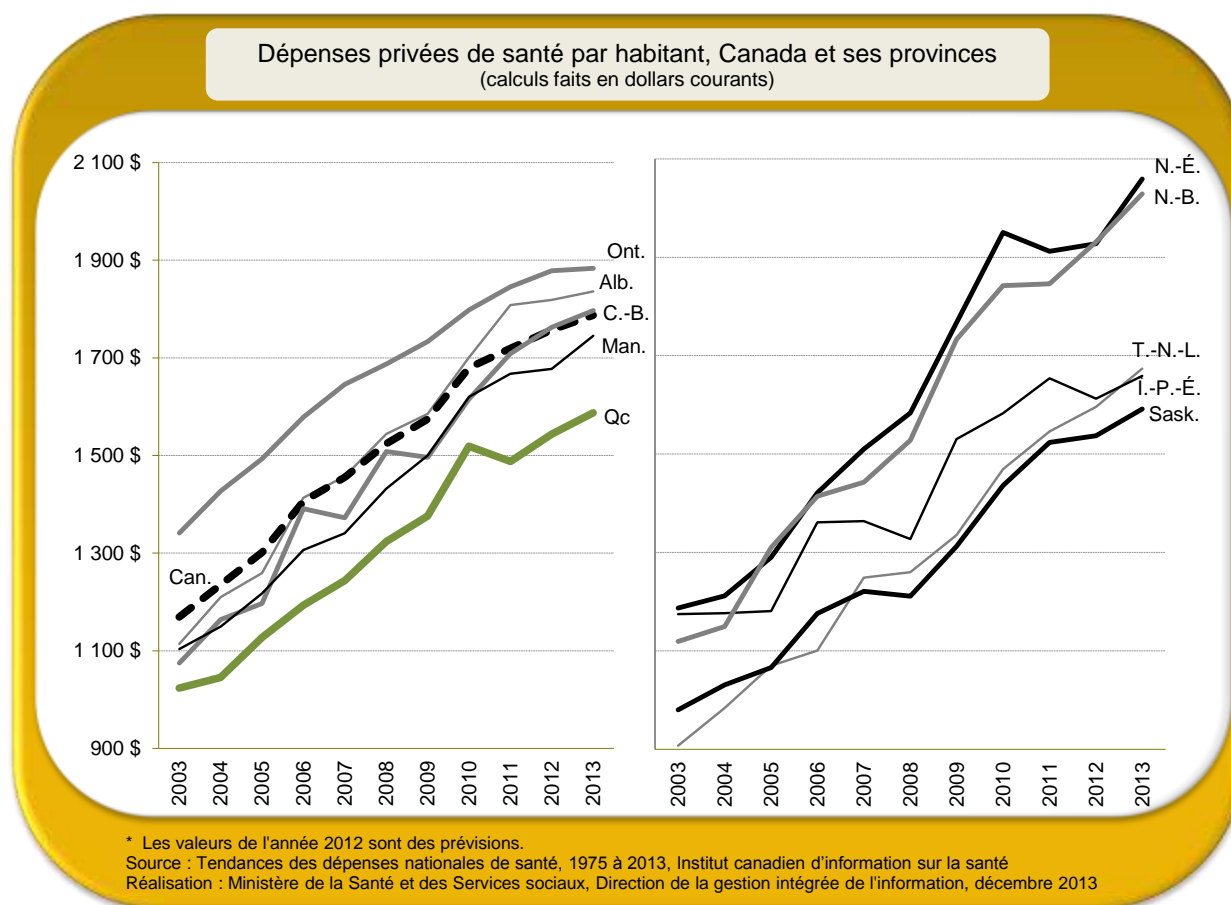
Source : Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2013, Institut canadien d'information sur la santé  
Réalisation : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction de la gestion intégrée de l'information, décembre 2013

En considérant un horizon d'une décennie, on observe que bien que leur somme augmente, la proportion que représentent les dépenses privées sur les dépenses totales de santé au Canada varie d'à peine plus d'un pour cent, alors qu'elle oscille entre 29,2 % et 30,4 %.

Outre l'exception de l'année 2010, la variation observée pour le Québec est assez semblable à celle du Canada. La proportion des dépenses privées s'établit à 28,5 % au Québec en 2011, ce qui s'avère être une réduction de 3,7 % par rapport au résultat de 2010 (29,6 %). C'est pour la province, un sommet inégalé lors des années dont il est question dans le document « Tendances des dépenses nationales de santé de l'ICIS, 1975 à 2013 ». Toutefois, l'explication de cette soudaine variation pourrait se trouver dans la mise en garde faite précédemment au sujet de la restructuration de l'EDM faite en 2010.



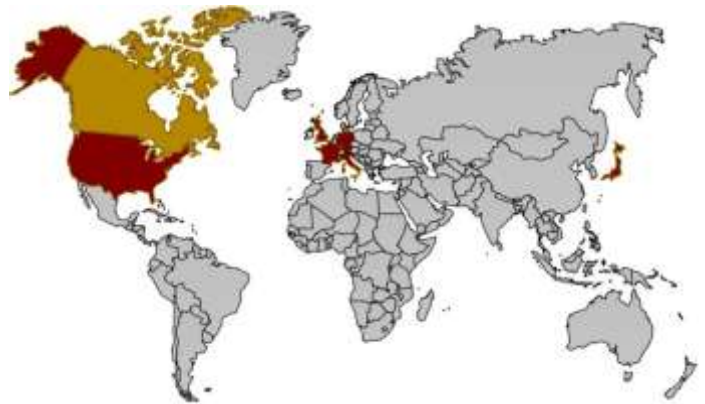
Par habitant



L'ICIS situe les dépenses privées de santé par habitant au Canada en 2011 à 1 719 \$. Parmi les provinces, ces montants varient entre 1 488 \$ (Québec) et 1 912 \$ (Nouvelle-Écosse). Les dépenses de l'Ontario sont de 1 845 \$.

Outre quelques exceptions<sup>5</sup>, les dépenses privées de santé par habitant augmentent d'année en année, et ce, dans toutes les provinces canadiennes. Le taux de croissance annuel moyen est de 4,3 % au Canada pour cette décennie. En Ontario, il est de 3,5 %, alors qu'il est de 6,3 % à Terre-Neuve-et-Labrador. Le taux de croissance annuel moyen du Québec se trouve entre ces deux extrêmes à 4,5 %.

<sup>5</sup> À l'Île-du-Prince-Édouard (2008 et 2012), en Saskatchewan (2008), en Colombie-Britannique (2007 et 2009), au Québec et en Nouvelle-Écosse (2011).



**PAYS DU G7 : COMPARAISONS INTERNATIONALES**

---

---





### **Source d'information : le navigateur web OECD.Stat**

Les statistiques présentées dans la section « Comparaisons internationales » proviennent d'OECD.Stat, qui regroupe un ensemble de données internationales sur la santé. Les données ont été extraites en novembre 2013. Le navigateur web OECD.Stat est un outil en ligne qui permet d'accéder à l'information statistique de l'OCDE.

Les données de l'OCDE diffèrent légèrement de celles diffusées par les organismes statistiques officiels des pays concernés, mais elles sont standardisées, lorsque c'est nécessaire, afin d'assurer une meilleure comparabilité.

Les comparaisons sur le plan international, présentées dans ce numéro de l'Info-Dépenses, couvrent les pays du G7 et sont présentées sur la base des années civiles; elles sont exprimées en dollars courants des États-Unis à parité de pouvoir d'achat (PPA).

Le G7 est une coalition qui regroupe sept pays parmi les plus puissants du monde au plan économique (c.-à-d. Allemagne, Canada, États-Unis, France, Italie, Japon, Royaume-Uni). En ce qui concerne le Japon, les données ne sont disponibles que jusqu'en 2010.

La PPA est un taux de conversion des monnaies qui permet d'éliminer l'écart entre les niveaux de prix des pays (donc différent du taux de change nominal). Ce taux exprime le rapport entre la quantité d'unités monétaires nécessaire dans différents pays pour se procurer le même « panier » de biens et de services.



## **Dépenses totales de santé**

---

---

Pour l'OCDE, les dépenses totales de santé correspondent à la consommation finale de produits et de services de santé (les dépenses courantes de santé) plus les dépenses d'investissement dans l'infrastructure des soins de santé. Elles englobent les dépenses des agents publics et privés en produits et services médicaux ou les dépenses consacrées aux programmes de santé publique et de prévention et à l'administration (Panorama de la santé 2013, Les indicateurs de l'OCDE). Contrairement aux dépenses de santé de l'ICIS, les activités connexes telles que le contrôle des aliments et de l'hygiène, la recherche et le développement en matière de santé, ainsi que la formation des travailleurs de la santé, sont reconnues comme des activités liées à la santé, mais sont exclues des dépenses totales de santé.

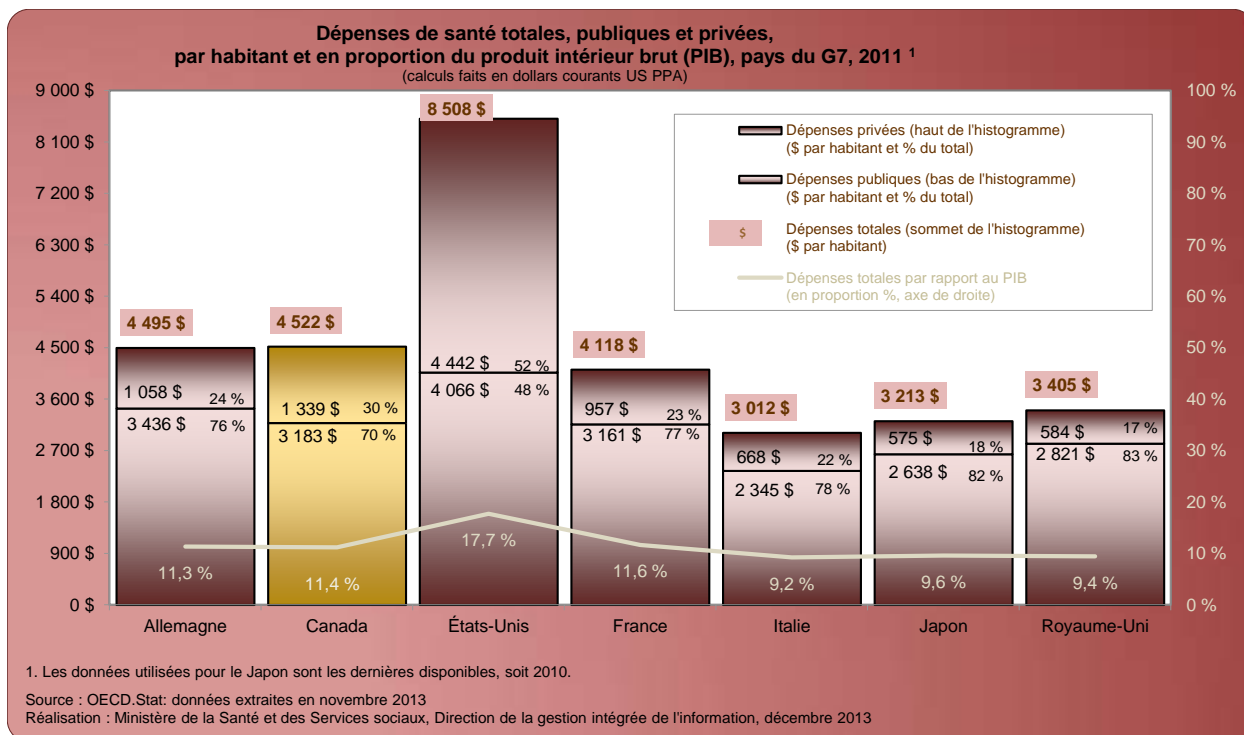
Pour une définition plus détaillée des dépenses de santé, veuillez consulter le manuel de l'OCDE intitulé *Système de comptes de la santé*, ainsi que le document *Panorama de la santé 2013*. Les limites de comparabilité des données y sont indiquées dans le texte (dans un encadré intitulé « Définition et comparabilité ») ainsi que dans les notes qui accompagnent les graphiques.

Un bref aperçu de la classification internationale des comptes de la santé est également disponible en annexe du présent document.

L'accent est mis sur 2011, année pour laquelle les données sont considérées comme « réelles ou révisées ». Les descriptions qui accompagnent les graphiques s'attardent plus particulièrement aux résultats du Canada.



## L'année 2011



### En proportion du PIB

En 2011, les dépenses totales de santé du Canada représentaient 11,4 % de son PIB, ce qui est semblable à la France (11,6 %) et l'Allemagne (11,3 %). Ce sont les États-Unis (17,7 %) qui consacrent la proportion la plus élevée. L'écart entre la proportion consacrée par les États-Unis et celle consacrée par les autres pays est notable, plus particulièrement par rapport à l'Italie (9,2 %).

### Par habitant

Les États-Unis affichent les dépenses totales de santé par habitant les plus élevées (8 508 \$) en 2011. Ce montant est d'ailleurs fortement éloigné de celui des autres membres du G7. Le Canada (4 522 \$) et l'Allemagne (4 495 \$) viennent après les États-Unis.

Le secteur public représente la source principale de financement des dépenses de santé parmi les pays du G7, sauf aux États-Unis. Le système de ce pays est résolument plus privé que celui des autres pays considérés, alors que 48 % de ses dépenses de santé sont issues du secteur public.

Au Canada, le secteur public assume 70 % des dépenses totales de santé. Une proportion inférieure à celle de tous les pays du G7, hormis les États-Unis.



Les États-Unis affichaient les dépenses publiques de santé par habitant les plus élevées (4 066 \$), malgré que comme indiqué précédemment, cette source de financement est en proportion moins élevée que dans les autres pays. Viennent ensuite, l'Allemagne (3 436 \$), le Canada (3 183 \$) et la France (3 161 \$).

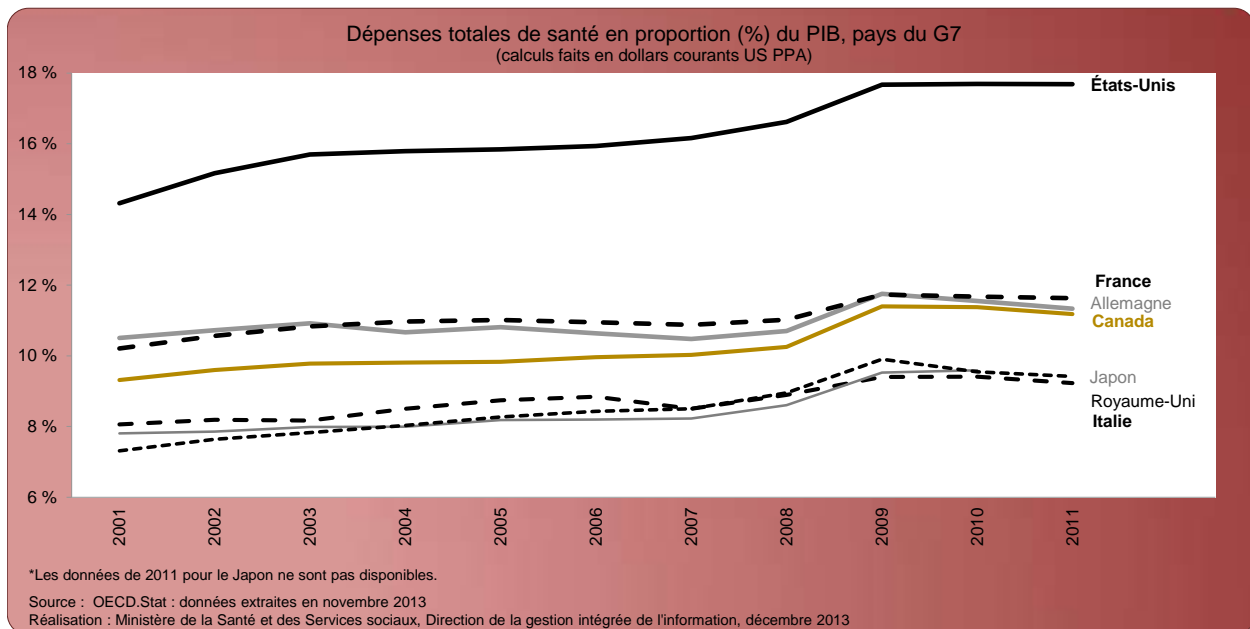
Ainsi, les dépenses privées comptent pour moins du tiers des dépenses totales de santé dans les pays du G7 (excepté aux États-Unis).

Outre aux États-Unis (52 %), c'est au Canada que ces dépenses constituent la plus forte proportion, en l'occurrence 30 %. L'Allemagne, la France, l'Italie, le Japon et le Royaume-Uni viennent ensuite dans l'ordre.

En 2011, les dépenses privées de santé par habitant des États-Unis sont de 4 442 \$. Ce montant est au moins trois fois plus élevé que celui du Canada (1 339 \$).



## Évolution dans le temps



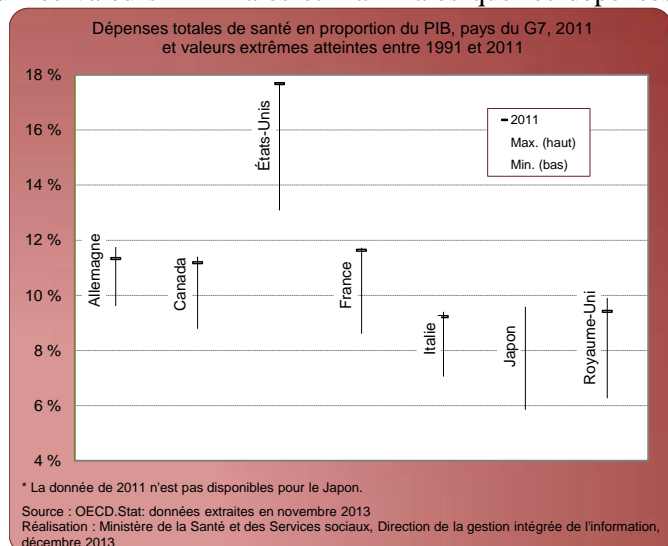
### En proportion du PIB

Le graphique ci-dessus permet d'illustrer les dépenses totales de santé en proportion du PIB lors de onze années. Il permet d'observer, à ce sujet, la tendance pour les pays du G7. On remarque alors que :

- l'écart entre la proportion consacrée par les États-Unis et les autres pays va en augmentant en début de décennie ;
- la proportion consacrée par le Canada suit une progression semblable à celle de la France et l'Allemagne ;
- la proportion consacrée, par les pays du G7, lors des trois plus récentes années, semble se stabiliser, même qu'elle diminue dans certains cas.

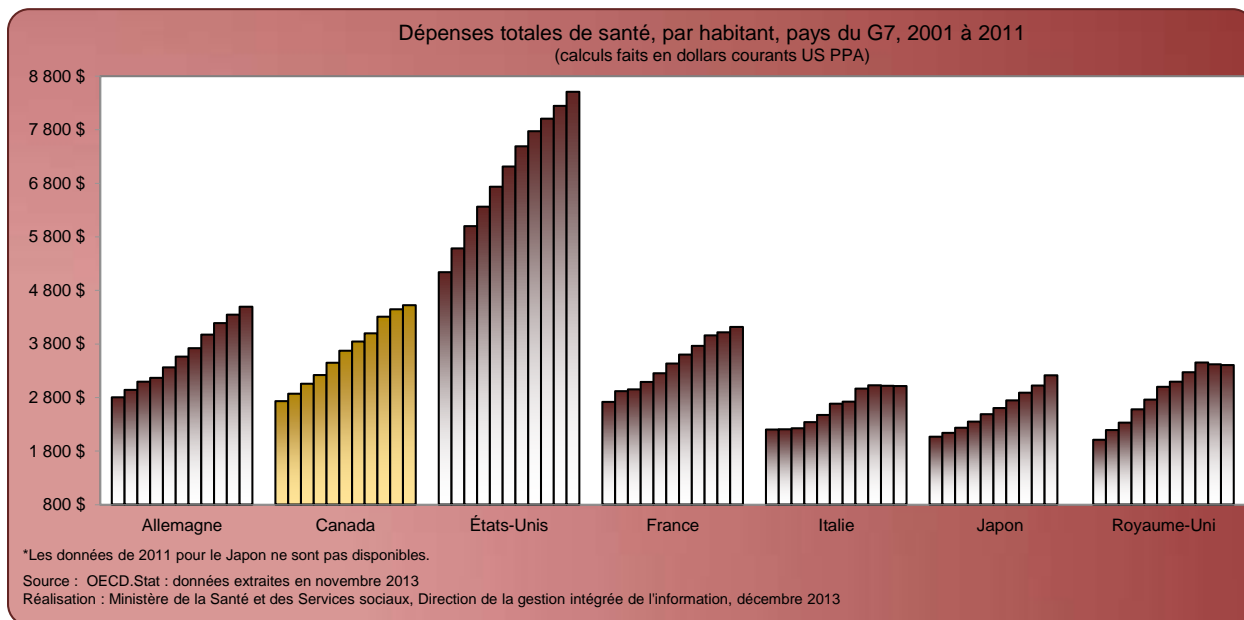
En complément, la figure de droite renseigne sur les valeurs minimales et maximales que les dépenses totales de santé en proportion du PIB ont atteintes sur une plus longue période, soit depuis 1991. À ce propos, on observe que :

- il y eut davantage de constance en Allemagne, alors que l'écart entre ces valeurs fut particulièrement restreint (oscille de 2,1 %, soit entre 9,6 % et 11,8 %) ;
- la fluctuation fut un peu plus grande au Canada (oscille de 2,6 % soit entre 8,8 % et 11,4 %) ;
- la situation fluctua avec plus d'ampleur aux États-Unis, alors que les valeurs minimales et maximales allèrent de 13,1 % à 17,7 % ce qui représente un écart de 4,6 % ;





Par habitant



Le graphique ci-dessus illustre les dépenses totales de santé, par habitant, des pays du G7 lors des années 2001 à 2011 inclusivement. Il est notamment possible d'y observer que :

- l'écart entre les dépenses par habitant des États-Unis et celles des autres pays est considérable. Le Canada qui est deuxième à ce chapitre depuis 2004, dépense en 2011 des montants qui ne rejoignent même pas ceux que dépensaient les États-Unis en 2001 ;
- à l'exception de l'Italie et du Royaume-Uni en 2010 et 2011, les dépenses totales de santé par habitant croissent d'une année à l'autre, et ce, dans tous les pays ;
- le positionnement des pays les uns par rapport aux autres subit peu de variations.

Le tableau ci-dessous les expose :

Positionnement des pays du G7 en fonction de leur dépenses de santé par habitant											
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Allemagne	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3
<b>Canada</b>	3	4	3	2	2	2	2	2	2	2	2
États-Unis	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
France	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Italie	5	5	7	7	7	6	7	6	6	7	6
Japon	6	7	6	6	6	7	6	7	7	6	
Royaume-Uni	7	6	5	5	5	5	5	5	5	5	5

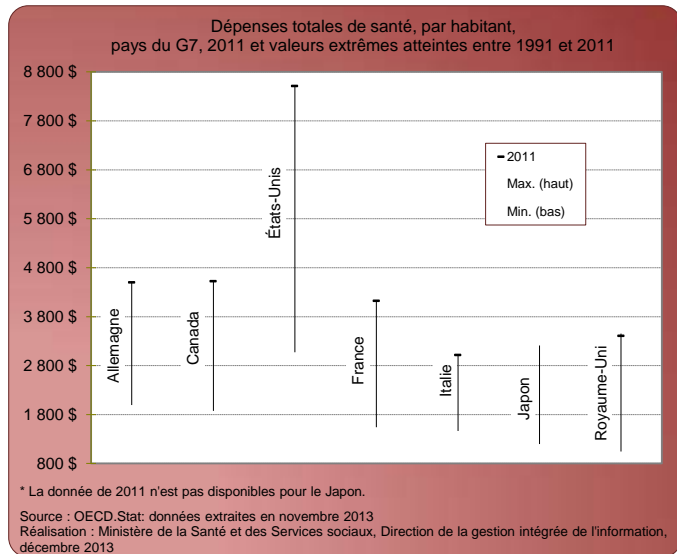
1. Le rang est établi en fonction des valeurs classées par ordre décroissant. Ainsi, le rang 1 est attribué au pays dont les dépenses sont les plus élevées.

- L'Allemagne, le Canada, les États-Unis, la France et le Royaume-Uni occupent les mêmes positions depuis au moins 2004.
- Le Canada a occupé les 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> rangs avant d'occuper le deuxième rang depuis 2004.
- Le Royaume-Uni est passé du septième et dernier rang pour aboutir au cinquième.

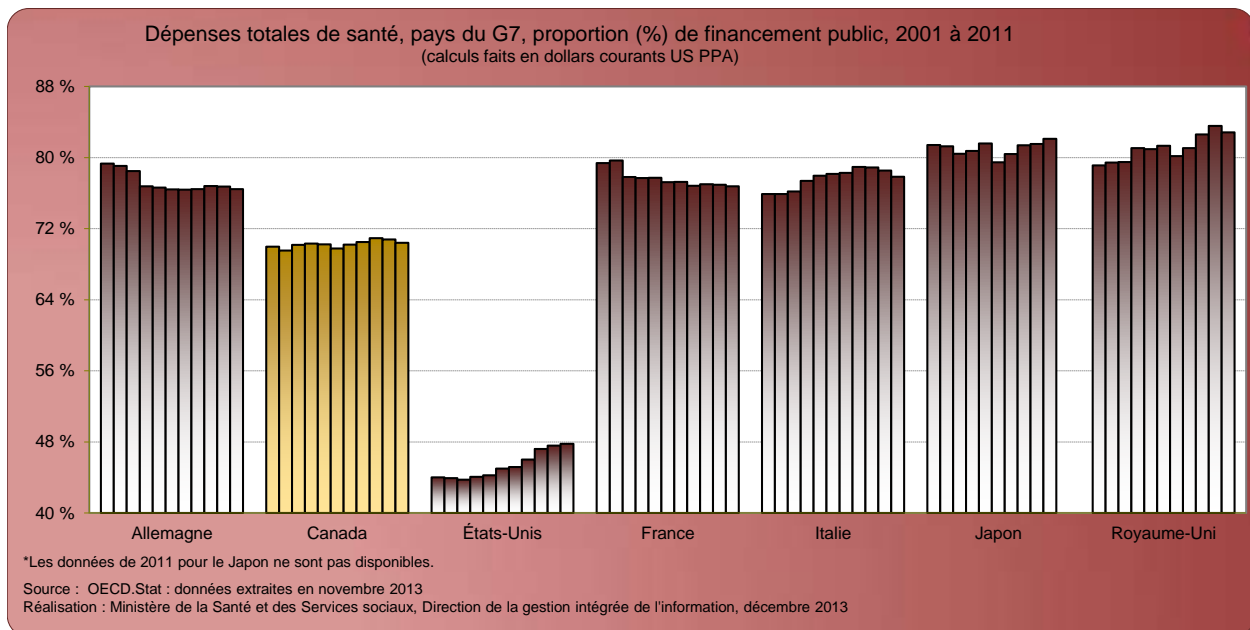


La figure de droite renseigne sur les valeurs minimales et maximales que les dépenses totales de santé ont atteintes depuis plus d'une vingtaine d'années. On observe alors que :

- il y eut davantage de constance en Italie, alors que l'écart entre ces valeurs fut de 1 566 \$ ;
- l'écart entre les valeurs minimales (3 074 \$) et maximales (8 508 \$) est particulièrement étendu dans le cas des États-Unis (5 434 \$) ;
- l'écart entre les valeurs minimales et maximales du Canada et de la France est plutôt semblable.



### Selon la source de financement



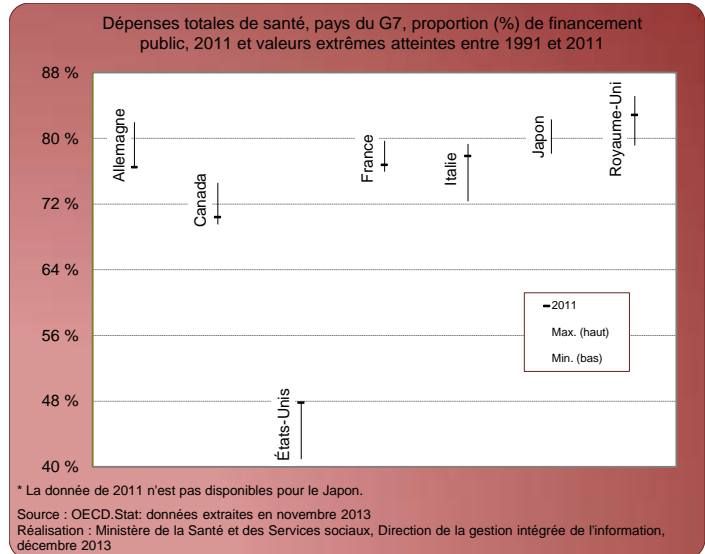
L'histogramme ci-dessus indique la proportion que constituent les dépenses publiques par rapport aux dépenses totales de santé des pays du G7 lors des années 2001 à 2011 inclusivement. Par extension, il renseigne également sur la proportion que représentent les dépenses privées qui constituent l'autre source de financement. À la lecture de ce graphique, on constate entre autres que :

- la proportion de dépenses publiques du Canada est généralement de l'ordre de 70 % et elle a très peu varié entre le début et la fin de la période observée (augmentation de 0,4 %) ou au cours de la période observée (taux de croissance annuel moyen de 0,1 %) ;
- de façon générale, l'Allemagne et la France ont vu la proportion de leurs dépenses totales de santé avec financement public diminué, alors que la proportion que représentent les dépenses publiques pour les États-Unis a augmenté.



Le graphique à droite permet d'observer, sur plus d'une vingtaine d'années, les valeurs minimales et maximales que les dépenses publiques ont constituées par rapport aux dépenses totales. On remarque notamment :

- que ce sont les proportions consacrées par la France (écart de 3,7 %) et le Japon (4,2 %) qui ont le moins varié, alors que celles de l'Italie (7 %) et des États-Unis (6,8 %) variaient davantage ;
- que la proportion consacrée en 2011 par le Canada, l'Allemagne et la France se situe plus près de leur valeur minimale respective, alors qu'elle constitue la valeur maximale aux États-Unis et au Japon (valeur de l'année 2010, dernière année disponible pour ce pays).



**ANNEXES**



## Annexe A : Définitions des catégories selon lesquelles l'ICIS classe les dépenses de santé

Les définitions proviennent du document « Tendances des dépenses nationales de santé de l'ICIS, 1975 à 2013 » de l'ICIS.

### 1. Hôpitaux

Les établissements où les patients sont hébergés en fonction des besoins médicaux et où ils reçoivent des soins médicaux continus et des services diagnostiques et thérapeutiques connexes. Les hôpitaux sont agréés ou approuvés comme tels par un gouvernement provincial ou territorial ou sont exploités par le gouvernement du Canada. Ils comprennent les établissements fournissant des soins de courte durée, des soins prolongés et des soins pour patients atteints de maladies chroniques, des soins de réadaptation et de convalescence, des soins psychiatriques de même que les postes de soins infirmiers et les hôpitaux de régions éloignées.

### 2. Autres établissements (ex. : établissements de soins de longue durée)

Les établissements de soins pour bénéficiaires internes (pour les patients atteints de maladies chroniques ou les handicapés qui résident à l'établissement de façon plus ou moins permanente) et qui sont approuvés, financés ou agréés par les ministères provinciaux ou territoriaux de la Santé ou des Services sociaux. Les établissements de soins pour bénéficiaires internes comprennent les foyers pour les personnes âgées (y compris les centres de soins infirmiers), les établissements pour les personnes ayant des déficiences physiques, des retards de développement, des déficiences psychiatriques, des problèmes liés à l'alcool et aux drogues de même que les établissements pour les enfants présentant des troubles affectifs. Les établissements offrant exclusivement des services de garde ou de nature domiciliaire et les établissements pour itinérants ou pour délinquants sont exclus.

### 3. Médecins

Les dépenses comprennent principalement les honoraires des médecins en exercice privé payés par les régimes provinciaux et territoriaux d'assurance maladie. Les honoraires versés pour des services rendus dans les hôpitaux sont inclus lorsqu'ils sont payés directement aux médecins par les régimes. D'autres formes de revenus professionnels sont également incluses (salaires, vacation, capitation).

Cette catégorie ne comprend pas la rémunération des médecins inscrits sur la liste de paye des hôpitaux ou d'organismes de santé du secteur public; ces dépenses sont incluses dans la catégorie appropriée (p. ex. dépenses consacrées aux hôpitaux, autres dépenses de santé). Les dépenses liées aux médecins représentent généralement les montants qui proviennent des régimes provinciaux et territoriaux de soins médicaux. La couverture des régimes de soins médicaux varie selon la province ou le territoire. L'ICIS n'a pas tenté d'ajuster les dépenses liées aux médecins pour refléter ces différences étant donné que quelques provinces seulement étaient en mesure de les déduire de leurs données jusqu'à présent.

### 4. Autres professionnels

Au niveau agrégé, ces services correspondent aux dépenses liées aux services privés de dentistes, de denturologistes, de chiropraticiens, de massothérapeutes, d'ostéopathes, de physiothérapeutes, de podiatres, de psychologues, de personnel infirmier en service privé et de naturopathes. La désignation distincte de nombreuses professions comprises dans cette catégorie est souvent possible uniquement lorsqu'elles sont déclarées par les régimes provinciaux d'assurance maladie.

Cette catégorie a été subdivisée à l'échelle du Canada dans les tableaux de données pour présenter de l'information selon les sous-catégories suivantes :

- Soins dentaires : Les dépenses liées aux honoraires des dentistes (comprennent les assistants et les hygiénistes dentaires) et des denturologistes, de même que les coûts des prothèses dentaires, y compris les dentiers et les frais de laboratoire pour les couronnes et autres articles d'orthodontie.

- Soins de la vue : Les dépenses liées aux honoraires des optométristes et des opticiens d'ordonnance, de même que les dépenses engagées pour des lunettes et des lentilles cornéennes.
- Autres : Les dépenses liées aux chiropraticiens, aux massothérapeutes, aux ostéopathes, aux physiothérapeutes, aux podiatres, aux psychologues, au personnel infirmier en service privé et aux naturopathes.

## 5. Médicaments

Au niveau agrégé, il s'agit des dépenses associées aux médicaments prescrits et aux produits vendus sans ordonnance dans des commerces au détail. Les estimations représentent les coûts finaux pour les consommateurs et comprennent les honoraires professionnels, les majorations et les impôts appropriés.

Cette catégorie a été subdivisée à l'échelle du Canada dans les tableaux de données pour présenter de l'information selon les sous-catégories suivantes :

- Médicaments prescrits : les produits qui sont considérés comme médicaments en vertu de la Loi sur les aliments et drogues, et qui sont vendus pour l'usage humain résultant d'une prescription par un professionnel de la santé.
- Médicaments non prescrits comprend deux éléments : les produits pharmaceutiques en vente libre et les articles d'hygiène personnelle.
  - Médicaments en vente libre : les produits pharmaceutiques thérapeutiques ne nécessitant aucune ordonnance.
  - Articles d'hygiène personnelle : les articles utilisés principalement pour promouvoir ou maintenir la santé, p. ex. les produits d'hygiène orale, les articles diagnostiques, tels que les bandes d'analyse pour le diabète, les articles médicaux, dont les produits pour l'incontinence.

La catégorie médicaments ne comprend pas les médicaments distribués dans les hôpitaux ou de façon générale dans les autres établissements. Ceux-ci sont inclus dans la catégorie des hôpitaux et des autres établissements. Le système de classification est conforme aux normes internationales élaborées par l'OCDE.

## 6. Immobilisations

Comprend les dépenses liées à la construction, à la machinerie, à l'équipement et à certains logiciels des hôpitaux, des cliniques, des postes de premiers soins et des établissements de soins pour bénéficiaires internes. Les immobilisations sont fondées sur la comptabilisation du coût complet ou la comptabilité de caisse.

## 7. Santé publique

Les dépenses engagées par les gouvernements et les organismes gouvernementaux et incluant les dépenses liées à des éléments tels que l'innocuité des aliments et des médicaments, les inspections de santé, les activités de promotion de la santé, les programmes communautaires de santé mentale, les services infirmiers de santé publique, les mesures visant à prévenir la propagation des maladies transmissibles, la santé au travail axée sur la promotion et l'amélioration de la santé et de la sécurité en milieu de travail dans les organismes publics.

## 8. Administration

Les dépenses liées aux coûts de la prestation des programmes d'assurance maladie par les gouvernements et les compagnies d'assurance privées et tous les coûts de l'infrastructure requise pour le fonctionnement des ministères de la Santé. Les coûts administratifs des hôpitaux en exploitation, des programmes d'assurance médicaments, des programmes de soins de longue durée et d'autres services de santé « non assurés » ne sont pas inclus dans la catégorie « Administration », mais plutôt dans la catégorie du service (p. ex. hôpitaux, autres établissements, médicaments).

## 9. Autres dépenses de santé

Au niveau agrégé, comprend les dépenses liées aux soins à domicile, au transport des malades (ambulances), aux prothèses auditives, aux autres appareils et prothèses, à la recherche consacrée à la santé et aux soins de santé divers. Voici certaines sous-catégories de cette catégorie agrégée :

- Recherche consacrée à la santé : Les dépenses liées aux activités de recherche conçues pour approfondir la connaissance des déterminants de la santé, de l'état de santé ou des méthodes de prestation des soins de santé ainsi que les dépenses relatives à l'évaluation de la prestation des soins de santé ou de l'exécution des programmes de santé. Cette catégorie n'inclut pas la recherche effectuée par les hôpitaux ou les entreprises pharmaceutiques dans le cadre de l'élaboration d'un produit. Ces montants sont inclus dans les catégories des hôpitaux et des médicaments, respectivement.
- Autres : Les dépenses liées à des éléments tels que les soins à domicile, le transport des malades (ambulances), les prothèses auditives, les autres appareils, la formation des travailleurs de la santé et les associations bénévoles oeuvrant dans le domaine de la santé.
- La définition des services à domicile actuellement utilisée par la Base de données sur les dépenses nationales de santé s'appuie sur la définition employée par l'OCDE, selon laquelle on a voulu viser seulement la composante professionnelle de la santé des services à domicile. L'élément qu'on appelle communément maintien à domicile est considéré comme dépense liée aux services sociaux plutôt qu'une dépense de santé et est donc éliminé lorsqu'il est possible de l'identifier.

Annexe B : Aperçu de la classification internationale des comptes de la santé

<b>Classification des fonctions des soins de santé – Health Care (HC)</b>	<b>Classification des prestataires de soins de santé – Health Providers (HP)</b>	<b>Classification des sources de financement – Health Funding (HF)</b>
HC 1 Services de soins curatifs	HP 1 Hôpitaux	HF 1 Administrations publiques
HC 2 Services de réadaptation	HP 2 Maisons médicalisées et établissements de soins avec hébergement	HF 1.1 Administrations publiques hors administrations de sécurité sociale
HC 3 Services de soins de longue durée	HP 3 Prestataires de soins ambulatoires	HF 1.2 Administrations de sécurité sociale
HC 4 Services auxiliaires	HP 4 Détailants et autres distributeurs de biens médicaux	HF 2 Secteur privé
HC 5 Biens médicaux dispensés aux patients ambulatoires	HP 5 Fourniture et gestion de programmes de santé publique	HF 2.1 Assurance sociale privée
HC 6 Services de prévention et de santé publique	HP 6 Administration générale de la santé et de l'assurance maladie	HF 2.2 Sociétés d'assurance privées (hors assurance sociale)
HC 7 Administration de la santé et assurance maladie	HP 7 Autres prestataires de services de santé (reste de l'économie)	HF 2.3 Versements directs des ménages privés
	HP 8 Reste du monde	HF 2.4 Institutions sans but lucratif au service des ménages (hors assurance sociale)
		HF 2.5 Sociétés (hors assurance maladie)
		HF 3 Reste du monde

Source : Site Internet EUROPA :

[http://www.ec.europa.eu/health/ph\\_information/dissemination/hsis/hsis\\_10\\_fr.htm](http://www.ec.europa.eu/health/ph_information/dissemination/hsis/hsis_10_fr.htm)

***Bulletin d'information  
sur les dépenses de santé comparatives  
tant à l'échelle canadienne que sur le plan international***

*Janvier 2014*