



Tendances des dépenses nationales de santé

2023

Notes méthodologiques



Institut canadien
d'information sur la santé

Canadian Institute
for Health Information

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

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

Tous droits réservés.

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

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

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

ISBN 978-1-77479-221-6 (PDF)

© 2023 Institut canadien d'information sur la santé

Comment citer ce document :

Institut canadien d'information sur la santé. *Tendances des dépenses nationales de santé, 2023 — notes méthodologiques*. Ottawa, ON : ICIS; 2023.

This publication is also available in English under the title *National Health Expenditure Trends, 2023 — Methodology Notes*.

ISBN 978-1-77479-220-9 (PDF)

Table des matières

1	Concepts et définitions	5
	Mandat de la Base de données sur les dépenses nationales de santé	5
	Variables et concepts	5
	Source de financement (secteurs)	6
	Affectation des fonds (catégories)	8
	Autres termes	11
	Limites des données	12
2	Orientation du Groupe d'experts de la BDDNS	12
3	Normes de codification pour la BDDNS et validation des données auprès des ministères provinciaux et territoriaux	14
4	Évaluation annuelle de la qualité de l'information de l'ICIS	20
5	Rapprochement avec d'autres sources de données de l'ICIS	21
	Dépenses hospitalières dans la BDDNS et la Base de données canadienne SIG	21
	Dépenses liées aux médecins dans la BDDNS et la Base de données nationale sur les médecins	22
	Dépenses liées aux médicaments dans la BDDNS et le Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits	23
	La BDDNS et les Statistiques de finances publiques de Statistique Canada	24
6	Activités d'amélioration continue de la qualité	25
	Prévisions	25
	Dépenses liées aux services à domicile et aux soins communautaires	30
	Dépenses en immobilisations	32
7	Sources de données et méthodes	32
	Hiérarchie de la classification	32
	Méthodes générales	33
	Méthodes de calcul	43
	Méthodes de répartition selon l'âge et le sexe	46
	Principaux changements par rapport aux années précédentes	55
	Historique des révisions	56
	Données sur les dépenses selon l'âge et le sexe	59
	Données économiques et démographiques	59

Sources de données	60
Secteur des gouvernements provinciaux et territoriaux	60
Secteur fédéral direct	60
Secteur des municipalités	60
Secteur des caisses de sécurité sociale	61
Secteur privé	61
Données sur l'âge et le sexe	62
Données économiques et démographiques	62
Pour nous joindre	62
Annexe	63
Texte de remplacement pour les figures	63
Références	64

1 Concepts et définitions

Mandat de la Base de données sur les dépenses nationales de santé

Le mandat de la Base de données sur les dépenses nationales de santé (BDDNS) de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) comporte 2 volets :

1. Appuyer l'élaboration et l'évaluation des programmes de santé au Canada par tous les ordres de gouvernement et dans le secteur privé.
2. Compiler des données sur les dépenses de santé afin de dresser un portrait fidèle de l'importance des soins de santé en tant que composante des dépenses nationales.

Variables et concepts

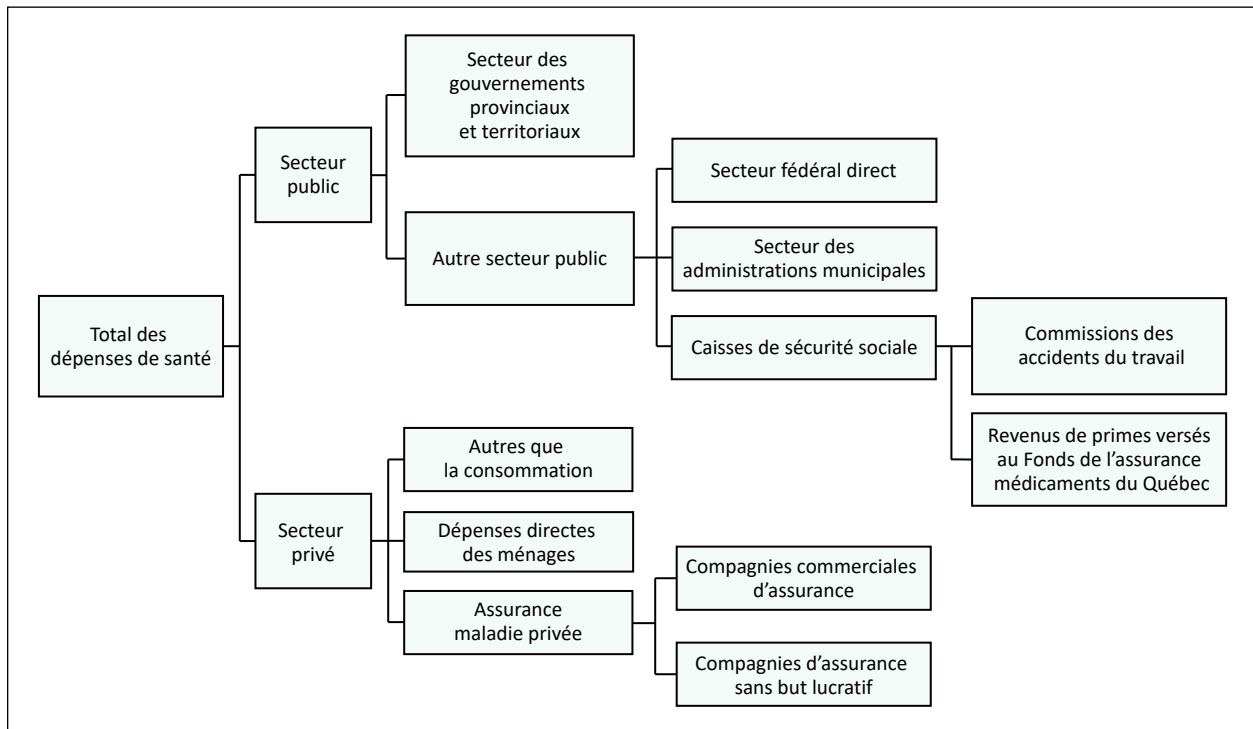
Dépenses de santé : Comprennent toutes les dépenses dont l'objectif premier consiste à améliorer l'état de santé ou à en prévenir la détérioration.

Cette définition donne lieu à l'évaluation des activités économiques en fonction de l'objectif premier et des effets secondaires. On compte les activités dont l'objectif direct repose sur l'amélioration ou le maintien de la santé. Les autres activités ne sont pas comprises, bien qu'elles puissent avoir des répercussions sur la santé. À titre d'exemple, les fonds associés aux politiques sur le logement et le soutien du revenu qui visent d'abord le bien-être commun ne sont pas considérés comme des dépenses de santé; on reconnaît toutefois qu'il s'agit d'importants déterminants de l'état de santé de la population.

Les variables et les concepts utilisés pour déclarer les dépenses nationales de santé au Canada reposent sur un système de classification conforme aux normes internationales élaborées par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) pour la déclaration des dépenses de santé.

Il est à noter que les chiffres présentés dans ce document et dans les autres produits de la BDDNS (p. ex. analyse éclair, infographies) sont arrondis et que, par conséquent, leur somme pourrait ne pas correspondre au total.

Figure 1 Composition des dépenses totales de santé selon la source de financement*



Remarque

* Le reste du Fonds de l'assurance médicaments du Québec est financé à même le Fonds consolidé du revenu (ces dépenses sont intégrées dans le secteur des gouvernements provinciaux et territoriaux).

Source de financement (secteurs)

Les dépenses nationales de santé sont déclarées en fonction du principe de la *responsabilité de paiement* plutôt qu'en fonction de la source initiale de fonds. C'est pour cette raison, par exemple, que les transferts fédéraux relatifs au financement de la santé aux provinces et territoires sont compris dans le secteur des gouvernements provinciaux et territoriaux puisque ces derniers sont chargés de consacrer les transferts fédéraux aux services de santé. Ce principe comporte une exception : les transferts de santé des gouvernements provinciaux et territoriaux aux administrations municipales sont inclus dans le secteur des gouvernements provinciaux et territoriaux.

Secteur public : Comprend les dépenses de santé engagées par les gouvernements et les organismes gouvernementaux. Il est subdivisé en 4 niveaux, comme il est indiqué ci-dessous :

1. Le *secteur des gouvernements provinciaux et territoriaux* comprend les dépenses de santé liées aux fonds publics provinciaux et territoriaux, les transferts fédéraux relatifs au financement de la santé aux provinces et territoires et les transferts des gouvernements provinciaux et territoriaux aux gouvernements municipaux.

2. Le *secteur fédéral direct* renvoie aux dépenses directes de santé engagées par le gouvernement fédéral en ce qui a trait aux services de santé pour des groupes particuliers, tels que les Autochtones, les membres des Forces armées canadiennes et les anciens combattants, de même que les dépenses pour la recherche en santé, la promotion et la protection de la santé. Les dépenses fédérales directes en matière de santé ne comprennent pas les transferts fédéraux aux provinces et aux territoires relatifs au financement de la santé.
3. Le *secteur des administrations municipales* englobe les dépenses de santé des administrations municipales pour les services en établissements, la santé publique, l'aménagement et l'équipement d'installations permanentes, et les services dentaires offerts par les municipalités. Les fonds affectés faisant l'objet d'un transfert par les gouvernements provinciaux et territoriaux dans le domaine de la santé ne sont pas inclus dans le secteur municipal, mais bien dans les dépenses des gouvernements provinciaux et territoriaux.
4. Les *caisses de sécurité sociale* sont des programmes d'assurance sociale imposés et administrés par une instance gouvernementale. Ces programmes supposent généralement des cotisations obligatoires par les employés, les employeurs ou les deux, et l'instance gouvernementale établit les conditions de versement des prestations aux bénéficiaires. Les caisses de sécurité sociale se distinguent des autres programmes d'assurance sociale pour lesquels les modalités sont adoptées d'un commun accord entre l'employeur et ses employés. Au Canada, les caisses de sécurité sociale comprennent les dépenses de soins de santé engagées par les commissions des accidents du travail ainsi que les primes versées par les adhérents au régime public d'assurance médicaments du Québec et par les personnes de 65 ans et plus assurées par ce régime.

Les dépenses de santé des commissions des accidents du travail incluent toutes les dépenses engagées dans le cadre de ce que les commissions provinciales et territoriales appellent communément l'aide médicale. Les éléments non liés à la santé souvent déclarés par les commissions des accidents du travail, dont les frais d'obsèques, les déplacements et les vêtements, sont exclus.

Le 1^{er} janvier 1997, le gouvernement du Québec a créé le Régime général d'assurance médicaments dans le but d'assurer à l'ensemble des résidents du Québec un accès aux médicaments dont ils ont besoin selon leur état de santé. Tous les résidents du Québec doivent être couverts par une assurance médicaments, que ce soit au moyen d'un régime collectif privé ou du régime public administré par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Le Fonds de l'assurance médicaments est le mécanisme choisi pour payer l'ensemble des coûts en médicaments et en services pharmaceutiques fournis par la RAMQ aux personnes assurées et à leurs enfants. Depuis le 1^{er} juillet 2002, le régime public est financé à même les crédits alloués à cette fin par le gouvernement du Québec (secteur des gouvernements provinciaux et territoriaux) et les sommes perçues par le Fonds de l'assurance médicaments à titre de primes (caisses de sécurité sociale).

Secteur privé : Comprend les dépenses provenant de sources privées, sans distinction entre les fournisseurs de services et de biens publics et privés. Les services financés par le secteur public qui sont fournis au privé sont donc comptabilisés dans les dépenses de santé du secteur public et non dans celles du secteur privé. Cette catégorie comprend les dépenses directes engagées par les particuliers pour les produits et services liés à la santé; les réclamations à l'assurance maladie payées aux individus par les compagnies d'assurance, commerciales et à but non lucratif, de même que les coûts d'administration de ces programmes; les dépenses non liées à la consommation (les revenus non liés aux patients perçus par les établissements de santé, tels que les dons et les revenus de placement); les dépenses privées pour l'aménagement d'installations permanentes et l'équipement sanitaire; la recherche en santé financée par des sources privées.

Affectation des fonds (catégories)

Hôpitaux : 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 et des soins psychiatriques, ainsi que les postes de soins infirmiers et les hôpitaux de régions éloignées.

Autres établissements : Établissements de soins en hébergement (pour les personnes atteintes de maladies chroniques ou handicapées qui résident en établissement de façon plus ou moins permanente) qui sont approuvés, financés ou agréés par les ministères provinciaux ou territoriaux de la Santé et des Services sociaux. Les établissements de soins en hébergement comprennent les foyers pour personnes âgées (p. ex. 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 et les établissements pour les enfants présentant des troubles affectifs. Ces établissements fournissent une combinaison de services sociaux et de santé. Les services de santé sont principalement offerts au niveau des soins infirmiers et combinés à des services de soins personnels. Les composantes médicales des soins y sont beaucoup moins poussées que dans les hôpitaux. Les établissements offrant exclusivement des services de garde ou de nature domiciliaire et les établissements pour itinérants ou pour délinquants sont exclus.

Médecins : Comprend 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 (salaires, vacation, capitation) et de dépenses de soins primaires sont également incluses.

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 tenir compte de ces différences.

Autres professionnels : Comprend globalement les dépenses liées aux professionnels paramédicaux, notamment les dentistes, les denturologistes, les chiropraticiens, les optométristes, les massothérapeutes, les ostéopathes, les physiothérapeutes, les podiatres, les psychologues et les naturopathes, ainsi que le personnel infirmier. La désignation distincte de nombreux professionnels compris dans cette catégorie n'est pas toujours possible. Cette catégorie a été subdivisée à l'échelle du Canada dans les tableaux de données de la BDDNS pour que l'information soit présentée selon les sous-catégories suivantes :

- *Soins dentaires* : 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* : 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* : Dépenses liées notamment aux chiropraticiens, massothérapeutes, ostéopathes, physiothérapeutes, podiatres, psychologues et naturopathes, ainsi qu'au personnel infirmier.

Médicaments : Comprend les dépenses, dans leur ensemble, 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 de la BDDNS pour que l'information soit présentée selon les sous-catégories suivantes :

- *Médicaments prescrits* : 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 2 éléments, les médicaments en vente libre et les articles d'hygiène personnelle.
 - Médicaments en vente libre : Produits pharmaceutiques thérapeutiques ne nécessitant aucune ordonnance.
 - Articles d'hygiène personnelle : Articles utilisés principalement pour promouvoir ou maintenir la santé, par exemple les produits d'hygiène orale; articles diagnostiques, tels que les bandes d'analyse pour le diabète; 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 les catégories Hôpitaux et Autres établissements.

Immobilisations : Comprend les dépenses liées à la construction, à la machinerie et à l'équipement, ainsi qu'aux logiciels et aux bases de données des hôpitaux, cliniques, postes de premiers soins et établissements de soins en hébergement.

Santé publique : Comprend 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 et la santé au travail axée sur la promotion et l'amélioration de la santé et de la sécurité en milieu de travail. (Seules les données du secteur public sont actuellement disponibles.)

Administration : 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 nécessaires au 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, Médicaments, Médecins, Autres établissements).

Autres dépenses de santé

Autres dépenses de santé liées aux services à domicile et aux soins communautaires (SDSC) : L'ICIS élabore des données sur les dépenses liées aux services à domicile et aux soins communautaires. Le concept et la définition des services à domicile et des soins communautaires comprennent maintenant les services de soutien à domicile et les services en milieu communautaire. Pour en savoir davantage, consultez la section 6 : [Activités d'amélioration continue de la qualité](#).

Autres dépenses de santé, déduction faite des dépenses liées aux SDSC : Dépenses au niveau agrégé qui comprennent les dépenses liées à la recherche en santé, au transport des malades (ambulances), aux prothèses auditives, aux autres appareils et prothèses, et aux soins de santé divers. Voici certaines sous-catégories de cette catégorie générale :

- *Recherche en santé* : 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.
- *Autres* : Dépenses liées à des éléments tels que le transport des malades (ambulances), les prothèses auditives, les autres appareils, la formation des travailleurs de la santé et les associations bénévoles œuvrant dans le domaine de la santé.

Financement de la réponse à la COVID-19 : Comprend les dépenses gouvernementales pour des activités relatives à la santé menées dans le cadre de l'intervention d'urgence ponctuelle contre la pandémie de COVID-19.

Autres termes

Transferts fédéraux : Ont trait aux différents accords financiers fédéraux, provinciaux et territoriaux qui peuvent être utilisés pour financer la prestation de services sanitaires et connexes. Les principaux financements et transferts comprennent le Régime d'assistance publique du Canada (1966), le Financement des programmes établis (1977), le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (1995), le Transfert visant la réforme des soins de santé (2003), le Transfert canadien en matière de santé (2004), le Transfert canadien en matière de programmes sociaux (2004), le Programme de péréquation (2007), la Formule de financement des territoires (2007) et les transferts du ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien aux gouvernements territoriaux pour les régimes d'assurance maladie et d'assurance hospitalisation pour le compte des Autochtones. Par le passé, des mécanismes de transferts ciblés ont également été créés, y compris le Fonds pour l'adaptation des services de santé (1997 à 2000), le Fonds pour l'équipement médical (2000 à 2001), le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires (2001 à 2006), le Fonds pour l'équipement diagnostique et médical (2003 à 2005), le Fonds pour la santé publique et l'immunisation (2004 à 2006), le Fonds pour la réduction des temps d'attente (2004 à 2008), la Fiducie pour l'immunisation contre le VPH (2007 à 2009) et le Fonds de fiducie pour les garanties de délais d'attente (2007 à 2009). Plus récemment, Santé Canada a créé les fonds visant à améliorer l'accès aux services en santé mentale et en toxicomanie ainsi qu'aux services à domicile et aux soins communautaires (2017 à 2026).

Produit intérieur brut (PIB)¹ : Représente la somme de la valeur ajoutée brute qui provient de l'intérieur du Canada, sans égard à la propriété des facteurs de production. Le PIB peut être évalué au prix des facteurs ou au prix courant. Dans les publications de la BDDNS, le PIB est évalué au prix courant et est exprimé en termes de prix réellement payé par l'acheteur. Cela comprend les impôts indirects, dont les taxes de vente et d'accise, les droits de douane et les impôts fonciers et tient compte également de l'impact des paiements de subventions.

Indices implicites de prix : Voir le [Calcul des dollars constants](#) à la rubrique Méthodes de calcul.

Parité de pouvoir d'achat (PPA)² : Les parités de pouvoir d'achat correspondent aux taux de conversion monétaire qui égalisent le pouvoir d'achat des différentes monnaies. Cela veut dire qu'un montant donné, une fois converti aux taux des PPA, permettra d'acheter la même quantité de produits et de services partout dans le monde. Autrement dit, les PPA sont les taux de conversion monétaire conçus pour éliminer les différences des niveaux de prix entre les pays.

Limites des données

Les données sont recueillies auprès de diverses sources et comprennent des catégories variées d'information financière. Les données sont recueillies et classées selon des méthodes établies par un comité de révision. Les analystes de l'ICIS et des experts externes s'affairent continuellement à améliorer l'intégralité, l'exactitude et l'actualité des données afin de fournir les estimations les plus complètes et les plus objectives possible. Malgré tout, les données sur les dépenses nationales de santé sont des estimations et devraient être utilisées dans cette optique.

2 Orientation du Groupe d'experts de la BDDNS

Chaque année, l'équipe de la BDDNS consulte le Groupe d'experts de la BDDNS pour obtenir des avis et des commentaires constructifs relativement aux dépenses nationales de santé. Lors de la réunion annuelle, les membres échangent sur les tendances actualisées des dépenses de santé, les faits saillants de la publication antérieure et les points à surveiller. Le groupe fournit des conseils et des recommandations pour l'amélioration de la qualité des données et de la méthodologie, l'élaboration de produits et les travaux de recherche et d'analyse liés aux dépenses de santé au Canada.

À titre d'exemple, le Groupe d'experts

- a orienté l'élaboration du rapport 2011 de l'ICIS intitulé [*Facteurs d'accroissement des dépenses de santé : les faits.*](#), fondé sur un examen des facteurs sous-jacents relatifs aux catégories de dépenses liées aux hôpitaux, aux médecins et aux médicaments;
- a recommandé l'élaboration d'un recueil de graphiques sur les dépenses de santé des provinces et territoires;
- a recommandé la création d'un fichier de données ouvertes pour permettre aux utilisateurs de télécharger des données de la BDDNS dans leurs outils d'exploitation des données (les autorités compétentes utilisent dorénavant ce fichier pour alimenter leurs outils interactifs de données et d'information);
- a fourni une orientation sur de nouvelles sources de données potentielles pour améliorer l'information sur les dépenses liées aux services à domicile et aux soins communautaires, ce qui a permis à l'ICIS d'obtenir de nouvelles données de Statistique Canada (analyse en cours);
- a fourni une orientation pour l'élaboration de nouveaux modèles économétriques aux fins d'évaluation interne de la qualité des données.

Voici la liste des membres du Groupe d'experts :

- Richard Plain, Ph. D., Université de l'Alberta (retraité)
- Jeremiah Hurley, Ph. D., Université McMaster
- Livio Di Matteo, Ph. D., Université Lakehead
- Michael Wolfson, Ph. D., Université d'Ottawa
- Colin Busby, directeur de recherche, Institut de recherche en politiques publiques
- Kimberlyn McGrail, Ph. D., Université de la Colombie-Britannique
- Rosalie Wyonch, Institut C.D. Howe
- Yves Dussault, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
- Alan Diener, Santé Canada
- Martin Hébert, Commissaire à la santé et au bien-être
- Lawson Greenburg, Statistique Canada
- Ann Chapman, directrice, Dépenses et Soins primaires, ICIS

3 Normes de codification pour la BDDNS et validation des données auprès des ministères provinciaux et territoriaux

Les normes de codification des dépenses nationales de santé au Canada reposent sur un système de classification conforme aux normes internationales élaborées par l'OCDE pour la déclaration des dépenses de santé. Les normes de codification pour la BDDNS figurent dans le tableau qui suit. Les numéros de page correspondants du Système de comptes de la santé 2011 (en anglais seulement)³ de l'OCDE sont indiqués.

Tableau 1 Normes de codification pour la BDDNS

Catégorie de la BDDNS (code)	Normes de codification
Dépense de santé	<p>Comprend les dépenses engagées pour la consommation finale de produits et services de santé par les unités de résidents. Cette catégorie englobe toutes les activités dont l'objectif premier est d'améliorer et de maintenir la santé, de prévenir la détérioration de l'état de santé et d'atténuer les conséquences de la maladie grâce à la mise à profit du savoir du personnel de la santé qualifié (savoir médical, paramédical et infirmier) s'appliquant notamment à la technologie, et à la médecine traditionnelle, douce et parallèle. Elle comprend aussi les produits et services de santé utilisés par les résidents se trouvant à l'étranger.</p> <p>Cette catégorie exclut les produits et services de santé utilisés par les non-résidents du Canada³ (p. 38, 52).</p>
Hôpitaux (GH)	<p>Comprend les établissements agréés qui fournissent principalement des soins de courte durée, des soins prolongés et des soins pour patients atteints de maladies chroniques, des soins de réadaptation et de convalescence et des soins psychiatriques :</p> <ul style="list-style-type: none"> • hôpitaux généraux (GH) • hôpitaux psychiatriques (MH) • hôpitaux spécialisés (autres que les hôpitaux psychiatriques) <p>Comprend également les postes de soins infirmiers et les hôpitaux de régions éloignées.</p> <p>Cette catégorie exclut les établissements qui sont appelés hôpitaux, mais qui fournissent principalement des services de soins infirmiers de longue durée aux patients hospitalisés et des services de réadaptation aux personnes en convalescence, ainsi que les établissements spécialisés dans les soins de longue durée aux personnes ayant reçu un diagnostic de déficience intellectuelle ou de problèmes de santé mentale, et ceux spécialisés dans les programmes de lutte contre la toxicomanie³ (p. 131, 133).</p>

Catégorie de la BDDNS (code)	Normes de codification
Autres établissements (SC)	<p>Comprend les établissements de soins en hébergement (pour les personnes atteintes de maladies chroniques ou handicapées qui résident à l'établissement de façon plus ou moins permanente) qui sont approuvés, financés ou agréés par les ministères provinciaux ou territoriaux de la Santé et/ou des Services sociaux. Les établissements de soins en hébergement comprennent les foyers pour personnes âgées (p. ex. 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 et les établissements pour les enfants présentant des troubles affectifs. Ces établissements fournissent une combinaison de services sociaux et de santé. Les services de santé sont principalement offerts au niveau des soins infirmiers et combinés à des services de soins personnels. Les composantes médicales des soins y sont beaucoup moins poussées que dans les hôpitaux.</p> <p>Cette catégorie exclut les établissements offrant exclusivement des services de garde ou de nature domiciliaire et les établissements pour itinérants ou pour délinquants^{3 (p. 133)}.</p>
Médecins (PS)	<p>Comprend principalement les honoraires des médecins en exercice privé payés par les régimes provinciaux et territoriaux d'assurance maladie. Cette catégorie comprend les médecins généralistes et les médecins spécialistes (autres que les dentistes) titulaires d'un doctorat en médecine qui exercent principalement la médecine générale ou spécialisée de façon indépendante (comprend la psychiatrie, la cardiologie, l'ostéopathie, l'homéopathie, la chirurgie, etc.). Ce groupe inclut aussi les professionnels de la médecine traditionnelle, douce et parallèle possédant une formation médicale correspondant à leur domaine d'exercice. Il peut s'agir de praticiens indépendants ou membres d'un cabinet de groupe qui sont propriétaires ou locataires des locaux (p. ex. centres, cliniques) ou de praticiens qui exercent dans des établissements autres, comme des hôpitaux et des centres médicaux de type soins de santé intégrés.</p> <p>Cette catégorie exclut la rémunération des médecins qui sont inscrits sur la liste de paye des hôpitaux et qui ne sont pas expressément identifiés; ces dépenses sont incluses dans la catégorie des hôpitaux^{3 (p. 136, 129)}.</p>
Autres professionnels (OP)	<p>Comprend les dépenses liées aux professionnels paramédicaux et autres professionnels de la santé indépendants (autres que les professionnels médicaux : médecins généralistes ou spécialistes), comme les psychothérapeutes, les audiologistes, les physiothérapeutes, les ergothérapeutes, les orthophonistes, fournissant principalement des services en consultation externe. Ces professionnels comprennent par exemple les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • psychologues (PY) • dentistes (DS) • denturologistes (DT) • chiropraticiens (CH) • optométristes (OP) • orthoptistes (OR) • podiatres (PD) • ostéopathes (OS) • naturopathes (NP) • infirmières (NS) • physiothérapeutes (PT) • massothérapeutes (MT) • lunettes (EG) • autres professionnels de la santé non précisés (PO)

Catégorie de la BDDNS (code)	Normes de codification
Autres professionnels (OP) (suite)	<p>La désignation distincte de nombreux professionnels compris dans cette catégorie n'est pas toujours possible.</p> <p>Cette catégorie exclut les médecins (PS) ainsi que les services de professionnels de la santé qui sont fournis en milieu institutionnel et dans le cadre de programmes de services à domicile³ (p. 136, 139).</p>
Médicaments (Rx)	<p>Comprend les produits pharmaceutiques et les produits médicaux non durables utilisés pour le diagnostic, le traitement ou l'atténuation d'une maladie, ce qui inclut les préparations médicamenteuses, les médicaments de marque, génériques, brevetés et autres, les sérums, les vaccins et les contraceptifs oraux. Cette catégorie comprend aussi les solutions de dialyse et les gaz servant aux soins de santé (p. ex. l'oxygène) lorsque ces produits sont achetés directement par le patient ou ses proches. Les dépenses de cette catégorie sont sous-divisées comme suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Médicaments prescrits (RX) : Comprennent tous les produits pharmaceutiques (de marque et génériques) utilisés conformément à une ordonnance délivrée par un praticien autorisé ou un pharmacien. • Médicaments en vente libre (NX) : Comprennent tous les produits pharmaceutiques (de marque et génériques) qui ne nécessitent pas d'ordonnance. Les médicaments inclus dans cette sous-catégorie doivent avoir un objectif lié à la santé. • Autres produits médicaux non durables (articles d'hygiène personnelle [PX]) : Comprennent les bandages adhésifs et non adhésifs, les seringues hypodermiques, les trousseaux de premiers soins, les bouillottes et les sacs à glace, les articles comme les bas élastiques et les genouillères, les préservatifs et les autres dispositifs de contraception. Cette sous-catégorie comprend aussi les produits médicaux non durables prescrits par un praticien autorisé. <p>Cette catégorie exclut les médicaments distribués dans les hôpitaux, les établissements de soins ambulatoires et autres établissements et dans le cadre des services à domicile, les produits vétérinaires et les articles d'hygiène personnelle (p. ex. savons médicamenteux)³ (p. 98-99).</p>
Immobilisations (CE)	<p>Comprend les dépenses liées à la construction, à la machinerie et à l'équipement, ainsi qu'aux logiciels et aux bases de données des hôpitaux, des cliniques, des postes de premiers soins et des établissements de soins en hébergement³ (p. 252-254).</p> <p>Cette catégorie exclut les pertes associées aux dommages découlant d'une guerre ou d'une catastrophe naturelle, les frais de location de l'équipement ou d'immeubles, et les frais, commissions, redevances ou autres montants à payer en vertu d'accords d'octroi de licence.</p>
Administration (AD)	<p>Administration des paiements anticipés (PA)</p> <p>Comprend les dépenses liées aux programmes d'assurance maladie (publics et privés).</p> <p>Autre administration (AD)</p> <p>Comprend tous les coûts de l'infrastructure pour faire fonctionner les ministères de la Santé, c'est-à-dire les systèmes d'information, les finances, la planification, l'élaboration et l'administration des politiques gouvernementales, l'établissement des normes, la réglementation des activités des fournisseurs, l'octroi de licences aux fournisseurs et la supervision connexe, la gestion des activités de financement, l'administration, la surveillance et l'évaluation de ces ressources.</p> <p>Cette catégorie exclut les dépenses administratives des dispensateurs de soins de santé primaires (hôpitaux, médecins, etc.) ainsi que les coûts administratifs liés à la prestation des services de santé par les dispensateurs de soins secondaires. Elle exclut également les coûts administratifs associés aux produits et services de santé fournis³ (p. 53, 493-494).</p>

Catégorie de la BDDNS (code)	Normes de codification
Santé publique (PH)	<p>Programmes de prévention et de promotion (PP)</p> <p>Comprend les dépenses liées à des éléments tels que les mesures de prévention de la propagation des maladies transmissibles, la sécurité des aliments et des médicaments, les inspections sanitaires, les activités de promotion de la santé, les programmes communautaires de santé mentale, les services infirmiers de santé publique, la santé maternelle et infantile, la planification familiale et les conseils, les services de santé en milieu scolaire, comme les interventions de lutte contre le tabagisme, la toxicomanie et la consommation d'alcool, la prévention des maladies contagieuses et non contagieuses, la surveillance de la santé publique et de l'environnement, ainsi que la communication d'information au public sur les conditions environnementales.</p> <p>Cette catégorie exclut les soins préventifs individuels et les banques de sang^{3 (p. 112-113)}.</p> <p>Santé au travail (OH)</p> <p>Comprend un large éventail de services de santé comme la surveillance de la santé des employés (examens médicaux de routine) et les soins thérapeutiques (y compris les services de soins de santé d'urgence) offerts sur les lieux de travail ou ailleurs.</p> <p>Cette catégorie exclut la rémunération en nature sous forme de produits et services de santé comptant dans la consommation finale réelle des ménages et non dans la consommation intermédiaire des entreprises^{3 (p. 113)}.</p>
Recherche consacrée à la santé (HR)	<p>Comprend 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 publique. Cette catégorie exclut 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.</p>
Ambulances (AM)	<p>Comprend le transport dans un véhicule de surface adapté ou dans une ambulance aérienne désignée lors de situations d'urgence au domicile des patients ou à l'extérieur et dans les cas où un tel transport représente un élément du processus de traitement d'une maladie (p. ex. transfert de patients entre établissements de soins de santé, transport de patients ayant besoin de dialyse ou de chimiothérapie)^{3 (p.96-97, 142)}.</p>

Catégorie de la BDDNS (code)	Normes de codification
Soins de santé à domicile (HH)	<p>Comprend les services fournis à domicile par des professionnels de la santé, notamment les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • évaluation et gestion de cas • soins infirmiers • soins palliatifs et de fin de vie à domicile ou dans une maison de soins palliatifs • aide à domicile pour les traitements de dialyse et les traitements par intraveineuse • services de soins personnels • soutien pour la prise de médicaments et l'utilisation de fournitures et d'équipement médicaux • counseling • services à domicile en tout temps • ergothérapie et réadaptation professionnelle • services de diététique et de nutrition • orthophonie • audiologie • soins de stomie <p>Cette catégorie inclut aussi les services de soins de longue durée offerts dans le cadre d'un ensemble de services à domicile comportant un volet de soins sociaux (p. ex. aide à domicile), si ces services de soins de longue durée ne peuvent pas être comptabilisés de façon distincte et ne représentent pas le volet dominant de l'ensemble de services³ (p. 95, 141).</p>
Soins personnels (PC)	<p>Comprend l'aide dans les activités de la vie quotidienne, comme l'alimentation, le bain, l'habillage, se mettre au lit et se lever, l'utilisation des toilettes et la gestion de l'incontinence³ (p. 91).</p>
Soutien à domicile (HS)	<p>Comprend les services à domicile non professionnels, notamment l'aide dans les activités instrumentales de la vie quotidienne comme les courses, la lessive, l'aspirateur, la cuisine, l'entretien ménager, la gestion des finances; les soins personnels s'ils sont inclus dans l'ensemble de services et ne peuvent être séparés; les services d'entretien et d'adaptation du domicile; les soins autogérés; le soutien à l'aidant naturel (services de relève, aide financière).</p> <p>Cette catégorie exclut les services de soins de longue durée faisant partie de l'ensemble de services sociaux³ (p. 91).</p>
Services en milieu communautaire (AS)	<p>Comprend les services offerts en milieu communautaire aux personnes qui, en raison de leur âge avancé ou de problèmes de santé, ont besoin de soutien pour vivre chez elles de façon autonome (p. ex. services de jour pour adultes, programmes de repas, transport, éducation à la santé, programmes de socialisation pour prévenir l'isolement, services de relève hors domicile).</p>
Services à domicile regroupés (HC)	<p>Comprend les programmes ou ensembles de services regroupant plusieurs services à domicile qui ne peuvent être séparés.</p>
Prothèses auditives (HA)	<p>Comprend les appareils électroniques utilisés pour amplifier le son et portés pour améliorer l'audition (y compris le nettoyage des appareils, l'ajustement et les piles).</p> <p>Cette catégorie exclut le diagnostic audiolgique et le traitement par un médecin, les implants auditifs et la réadaptation auditive³ (p. 99).</p>

Catégorie de la BDDNS (code)	Normes de codification
Appareils et autres prothèses (AP)	Comprend les fournitures médicales utilisées pour améliorer la mobilité ou les fonctions corporelles, par exemple fauteuils roulants, déambulateurs, bandages herniaires ou membres artificiels, oxygène à domicile, cannes et chiens guides pour les personnes aveugles, équipement télématique spécialisé pour effectuer des appels d'urgence à partir du domicile ou pour le suivi à distance des paramètres médicaux, appareils orthopédiques et autres prothèses (chaussures orthopédiques, membres artificiels et autres dispositifs prothétiques, attelles et dispositifs de support orthopédiques, ceintures chirurgicales, bandages herniaires et autre matériel de support, minerves). Cette catégorie exclut les lunettes, les produits de la vue et les prothèses auditives ^{3 (p. 99)} .
Formation des travailleurs de la santé (TP)	Comprend les programmes de formation sur place qui incluent les soins concomitants aux patients.
Financement de la réponse à la COVID-19 (ZC)	Comprend les dépenses gouvernementales pour des activités relatives à la santé menées dans le cadre de l'intervention d'urgence ponctuelle contre la pandémie de COVID-19. Consultez la section 7 pour obtenir des précisions sur les sources et les limites des données.

En ce qui concerne le secteur des gouvernements provinciaux et territoriaux, les données sont extraites annuellement des comptes publics de ces gouvernements. Les programmes et les éléments de programmes sont classés par catégories de dépenses de santé d'après les normes de codification acceptées pour la BDDNS (tableau 1) et les méthodes et les définitions uniformisées servant à dresser des estimations des dépenses nationales de santé. Les données issues des comptes publics sont complétées par des renseignements provenant des rapports annuels des ministères provinciaux et territoriaux et des rapports statistiques annuels lorsqu'ils sont disponibles, de même que par de l'information offerte par les représentants des gouvernements provinciaux et territoriaux.

Le total des chiffres sur les dépenses de santé des gouvernements provinciaux et territoriaux englobe les dépenses déclarées pour les services de santé par les ministères de la Santé provinciaux et territoriaux de même que les dépenses de santé d'autres ministères à la lumière des définitions des comptes nationaux sur la santé.

Durant la préparation des rapports de la BDDNS, les ministères de la Santé provinciaux et territoriaux reçoivent tous une trousse de renseignements contenant les estimations de l'ICIS sur les dépenses de santé de leur gouvernement, ainsi que les définitions connexes. Ils sont invités examiner et à commenter cette trousse, afin de garantir que les estimations de la BDDNS correspondent aux estimations internes des ministères provinciaux et territoriaux.

4 Évaluation annuelle de la qualité de l'information de l'ICIS

Les données sur les dépenses nationales de santé proviennent de diverses sources et comprennent des catégories variées d'information financière. Elles sont recueillies conformément aux normes nationales et internationales établies, ce qui comprend les *Normes sur les systèmes d'information de gestion dans les organismes de santé du Canada* (Normes SIG) et le Système de comptes de la santé de l'OCDE. Les analystes de l'ICIS et des experts externes s'affairent continuellement à améliorer la qualité des données afin de fournir les estimations les plus complètes et objectives possible.

La BDDNS participe à l'Évaluation de la qualité de l'information de l'ICIS depuis 2003. L'*Outil d'évaluation des sources de données de l'ICIS*⁴ permet d'évaluer, de documenter et d'améliorer la qualité des données en cernant les forces, les limites et les points à améliorer.

L'ICIS utilise 5 dimensions pour évaluer la qualité en fonction des besoins de l'utilisateur :

- **Pertinence** : L'information comble-t-elle les besoins actuels et éventuels des utilisateurs?
- **Exactitude et fiabilité** : L'information exprime-t-elle avec exactitude et fiabilité ce qu'elle a pour but de mesurer?
- **Comparabilité et cohérence** : L'information est-elle stable au fil du temps et à l'échelle des dispensateurs, et peut-on facilement la combiner à d'autres sources?
- **Actualité et ponctualité** : L'information est-elle actuelle et diffusée à temps?
- **Accessibilité et clarté** : L'information et les documents d'accompagnement sont-ils faciles d'accès et présentés de façon claire et compréhensible?

La BDDNS remplit la plupart des critères de l'Évaluation de la qualité de l'information de l'ICIS.

Pour obtenir un aperçu détaillé de la façon dont l'ICIS évalue la qualité de ses sources de données, consultez l'*Outil d'évaluation des sources de données de l'ICIS*.

5 Rapprochement avec d'autres sources de données de l'ICIS

Dépenses hospitalières dans la BDDNS et la Base de données canadienne SIG

La BDDNS et la Base de données canadienne SIG (BDCS) recueillent toutes les deux des données sur les dépenses hospitalières. Nous effectuons chaque année une analyse comparative interne entre les deux afin de comprendre ce qui les différencie et de suivre les changements au fil du temps.

Les données de la BDDNS et de la BDCS concordent, même si elles proviennent de sources différentes. La BDDNS utilise une approche descendante, c'est-à-dire que les données sont recueillies auprès de comptes publics administratifs à l'échelle provinciale et territoriale, tandis que la BDCS est fondée sur une approche ascendante, les données étant reçues au niveau de l'établissement et de l'autorité sanitaire régionale, puis agrégées à l'échelle provinciale, territoriale et nationale.

Un rapprochement détaillé des deux bases de données a permis de cerner plusieurs facteurs pouvant expliquer les différences dans les estimations des dépenses hospitalières :

- Les revenus des hôpitaux canadiens proviennent des ministères de la Santé provinciaux et territoriaux, d'autres bailleurs de fonds publics et de sources privées (p. ex. chambres à supplément, stationnement, cafétéria, dons). Conformément aux normes internationales et au Système de comptes de la santé de l'OCDE, la BDDNS fait la distinction entre les sources et déclare les dépenses selon le bailleur de fonds. Il est important de tenir compte de cette distinction propre à la BDDNS lors de la comparaison des données sur les dépenses des deux bases de données.
- La BDDNS inclut le paiement des services hospitaliers fournis à des non-résidents d'une province ou d'un territoire du Canada.
- Les données de la BDDNS sont agrégées, mais ne sont pas réparties en détail (p. ex. pour les médicaments, les immobilisations, la rémunération des médecins). Les dépenses liées aux médecins qui sont payés par les hôpitaux ne peuvent pas être explicitement distinguées, et sont donc incluses dans la catégorie Hôpitaux (le cas échéant).

Dépenses liées aux médecins dans la BDDNS et la Base de données nationale sur les médecins

La BDDNS comporte une catégorie sur les dépenses liées aux médecins. Une autre source de données, la Base de données nationale sur les médecins (BDNM) de l'ICIS, fournit de l'information sur les paiements cliniques qui sont versés aux médecins pour les services médicaux assurés qu'ils dispensent dans les systèmes de santé canadiens. Nous effectuons chaque année une analyse comparative interne afin de vérifier que les données figurant dans les 2 bases de données concordent.

Un rapprochement détaillé des 2 bases de données a permis de cerner plusieurs facteurs pouvant expliquer les différences dans les estimations des dépenses liées aux médecins :

- Les sources de données diffèrent. Les données sur les dépenses liées aux médecins au niveau macro sont recueillies par la BDDNS à partir de comptes publics à l'échelle provinciale et territoriale conformément aux normes internationales. Les données administratives de la BDNM au niveau micro sont quant à elles fournies par les régimes provinciaux et territoriaux d'assurance maladie selon un ensemble normalisé d'éléments de données.
- Les paiements versés aux spécialistes de laboratoire et d'imagerie admissibles, comme les radiologistes et les pathologistes, sont exclus des publications de la BDNM. Seule exception : les paiements aux radiologistes et aux pathologistes peuvent être inclus quand les provinces et territoires ne soumettent pas de données sur les paiements versés aux médecins. En revanche, tous ces paiements font partie des dépenses liées aux médecins comprises dans la BDDNS, même s'ils ne sont pas nécessairement distingués explicitement à l'échelle du programme.
- D'autres éléments sont inclus dans le cadre de déclaration de la BDDNS, ce qui pourrait donner lieu à des différences entre les 2 bases de données. La BDDNS comprend les dépenses liées au recrutement et au maintien en poste des médecins, à la formation des médecins et aux paiements pour des services médicaux fournis à l'extérieur de la province.

Dépenses liées aux médicaments dans la BDDNS et le Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits

La BDDNS comporte une catégorie sur les dépenses liées aux médicaments. Une autre source de données, le Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits (SNIUMP) de l'ICIS, fournit des données normalisées et comparatives sur les régimes publics d'assurance médicaments, y compris les dépenses liées aux médicaments au Canada. Nous effectuons une analyse comparative interne chaque année afin de vérifier que les données figurant dans la BDDNS et le SNIUMP concordent.

La source de données sur les dépenses liées aux médicaments utilisée par la BDDNS diffère de celle du SNIUMP. Dans la BDDNS, les dépenses en médicaments prescrits des gouvernements provinciaux et territoriaux englobent principalement les médicaments offerts dans le cadre de régimes provinciaux et territoriaux de médicaments subventionnés. Les données sont obtenues auprès de comptes publics provinciaux et territoriaux et sur demande spéciale auprès des ministères de la Santé.

Le SNIUMP comprend quant à lui des données sur les demandes de remboursement approuvées par les régimes publics d'assurance médicaments et soumises par le ministère de la Santé. La portion du coût des médicaments prescrits remboursée par un régime d'assurance médicaments est déclarée, une portion qui comprend le coût du médicament, les honoraires professionnels facturés par la pharmacie et la marge de la pharmacie. Cette somme ne reflète pas nécessairement les rabais consentis par les fabricants de médicaments.

Dans la BDDNS, les données sur les dépenses liées aux médicaments incluent les coûts administratifs des programmes d'assurance médicaments et les dépenses en médicaments du ministère de la Santé et des autres ministères.

La BDDNS et les Statistiques de finances publiques de Statistique Canada

Statistique Canada (Division de la statistique du secteur public) publie des estimations des dépenses de santé du gouvernement dans le cadre des Statistiques de finances publiques (SFP), son outil de déclaration exhaustive de l'ensemble des dépenses du gouvernement. Les données des SFP proviennent de fichiers administratifs créés à partir des enquêtes de Statistique Canada et d'autres sources⁵.

Les estimations des dépenses de santé du secteur public des SFP sont comparables à celles déclarées par la BDDNS, bien que la SFP utilise des méthodes de classification distinctes et une définition des dépenses de santé plus restreinte. Certains facteurs pourraient expliquer les différences entre les 2 bases de données :

- Dans la BDDNS, le secteur public englobe les gouvernements provinciaux et territoriaux, les administrations municipales, le secteur fédéral direct et les caisses de sécurité sociale. Les SFP concernent quant à elles le gouvernement fédéral, les gouvernements provinciaux et territoriaux, les administrations publiques générales locales, les caisses de sécurité sociale, les administrations publiques générales autochtones ainsi que les sociétés d'État.
- Les données déclarées dans la BDDNS sont basées en fonction du principe de la responsabilité de paiement plutôt que sur la source initiale de fonds, tandis que les SFP englobent tous les revenus déclarés par les organismes du secteur de la santé. Par exemple,
 - les SFP comprennent les revenus provenant des dons et des paiements à la charge du patient, lesquels sont considérés comme des dépenses du secteur privé dans la BDDNS;
 - dans les SFP, la catégorie des caisses de sécurité sociale inclut les sous-secteurs du Régime de pensions du Canada (RPC) et du Régime de rentes du Québec (RRQ); dans la BDDNS, cette catégorie comprend les programmes d'assurance sociale, qui sont déclarés selon le gouvernement provincial dans les SFP.

6 Activités d'amélioration continue de la qualité

Prévisions

La BDDNS contient des données sur les dépenses réelles de 1975 à 2021. Afin d'améliorer l'actualité des données, les dépenses de santé sont estimées pour les 2 années les plus récentes, de façon à ce que la série chronologique inclue l'année en cours. Les estimations préliminaires pour 2022 et 2023 sont désignées dans les tableaux de données par la lettre « p ». Elles pourraient faire l'objet de révisions lorsque les données réelles seront disponibles. Par conséquent, il faut faire preuve de prudence dans l'interprétation des tendances.

Les prévisions des dépenses de santé des gouvernements provinciaux et territoriaux s'appuient sur les budgets principaux des dépenses et les budgets publiés plus tôt dans l'année; ces prévisions sont revues par les autorités compétentes avant la publication. Selon l'autorité compétente,

- soit on utilise les chiffres indiqués dans les budgets principaux des dépenses ou les budgets à titre de dépenses de santé du gouvernement provincial ou territorial pour les années de prévision;
- soit on applique à la dernière année de chiffres réels les taux de croissance dérivés des budgets principaux des dépenses ou des budgets pour obtenir les prévisions pour les 2 années les plus récentes.

L'équipe de la BDDNS, au moment de prendre la décision d'utiliser les chiffres indiqués dans les budgets ou les taux de croissance dérivés, examine à quel point les chiffres budgétés se sont rapprochés au fil du temps des chiffres réels de l'autorité compétente concernée.

Les prévisions des dépenses de santé relevant du secteur fédéral direct sont établies selon les données provenant des comptes publics nationaux et du Budget principal des dépenses du Conseil du Trésor du Canada.

Les prévisions concernant les commissions des accidents du travail, les municipalités et le secteur privé reposent entièrement sur une analyse économétrique des tendances des séries chronologiques. Pour chacune des catégories, comme Médicaments et Autres établissements, jusqu'à 40 différentes spécifications prévisionnelles unidimensionnelles ont été évaluées et la meilleure (selon l'erreur quadratique moyenne de prédiction) a été choisie. Les formes fonctionnelles étudiées comprenaient entre autres le groupe de lissage exponentiel (simple, double, Holt, Brown, Winters, tendance amortie, etc.), les tendances temporelles et les spécifications du modèle autorégressif à moyennes mobiles intégré (ARMMI).

Des transformations logarithmiques ont été utilisées lorsque les données le justifiaient. Dans certains cas, nous avons également utilisé une technique de lissage LOESS pour améliorer les prévisions en saisissant les données récentes dans la série.

Pour la catégorie Dépenses en immobilisations, les estimations proviennent de Statistique Canada. Les chiffres de 2022 s'appuient sur les données préliminaires réelles, tandis que ceux de 2023 s'appuient sur les intentions.

Les prévisions relatives au PIB à l'échelle nationale, provinciale et territoriale pour 2022 et 2023 sont calculées en appliquant le taux de croissance du PIB prévu par le Conference Board du Canada pour l'année en cours aux chiffres sur le PIB de l'année précédente fournis par Statistique Canada.

Les prévisions relatives à l'indice de prix des dépenses courantes du gouvernement reposent sur les prévisions les plus récentes du Conference Board du Canada pour cet indice pour le Canada, l'Ontario et le Québec, et sur celles de l'ICIS pour les autres provinces et territoires.

La composante de santé de l'indice des prix à la consommation (IPC) fait l'objet de prévisions jusqu'en décembre de l'année la plus récente. Ces prévisions sont faites à partir de la moyenne de l'indice mensuel jusqu'en avril de la même année, la plus récente donnée avant la publication du rapport annuel de la BDDNS.

Assurance de la qualité

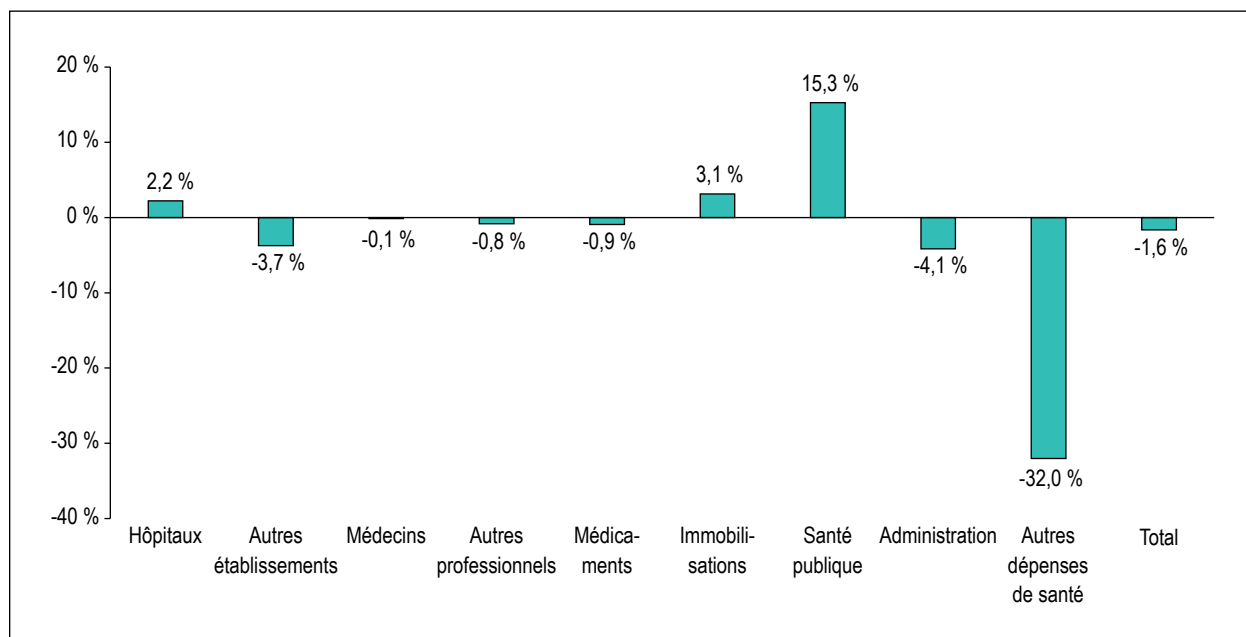
Aux fins d'assurance de la qualité, l'ICIS procède chaque année à une évaluation visant à contrôler et à améliorer l'exactitude des prévisions et à assurer la transparence du processus. Cette évaluation est menée par secteur : dépenses totales de santé, dépenses de santé des gouvernements provinciaux et territoriaux, dépenses de santé publiques et dépenses de santé privées. Des comparaisons de l'exactitude entre les provinces et territoires et de l'exactitude entre les affectations des fonds sont effectuées. Cette analyse comprend notamment une comparaison entre les estimations préliminaires et les chiffres réels, lorsque ces données deviennent disponibles. À cette fin, les erreurs de prévision sont calculées comme suit :

$$\text{Erreur de prévision} = ([\text{Prévision} - \text{Chiffre réel}] \div \text{Chiffre réel}) \times 100 \%$$

$$\text{Erreur sur un an} = ([\text{Prévision de l'année précédente} - \text{Chiffre réel}] \div \text{Chiffre réel}) \times 100 \%$$

Dans le rapport de 2019, par exemple, les données de 2017 représentent les chiffres réels, et l'erreur sur un an est calculée à partir des prévisions de 2017 dans le rapport de 2018. La figure 2 présente les erreurs de prévision pour les dépenses de santé des gouvernementaux provinciaux et territoriaux, selon l'affectation des fonds.

Figure 2 Exactitude des prévisions des dépenses des gouvernements provinciaux et territoriaux, selon l'affectation des fonds



Source

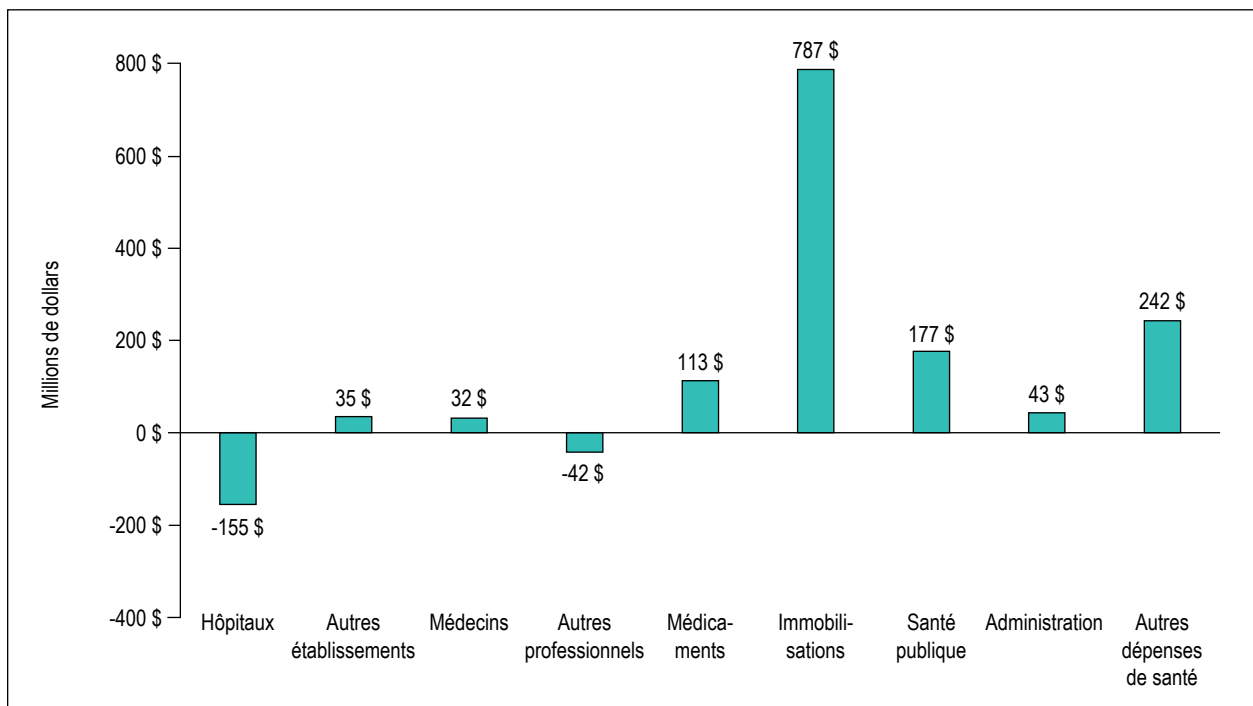
Base de données nationale sur les dépenses de santé, Institut canadien d'information sur la santé.

L'écart important observé à la catégorie Autres dépenses de santé est principalement attribuable à la révision de la méthodologie applicable aux services à domicile et aux soins communautaires. En effet, dans le rapport de 2019, la définition des services à domicile et des soins communautaires a fait l'objet d'une révision et comprend maintenant, outre les services de soins de santé à domicile, les services de soutien à domicile et en milieu communautaire. Les données sur les dépenses des programmes de services à domicile et de soins communautaires soumise par les ministères de la Santé et autres ministères provinciaux et territoriaux ont été recueillies pour combler des lacunes en matière de données. Ces travaux ont permis de revoir, à partir de la définition élargie, l'estimation des dépenses publiques liées aux services à domicile et aux soins communautaires engagées par les gouvernements provinciaux et territoriaux jusqu'en 2012-2013. Dans le cycle de production de 2019, les données de 2017 constituaient les chiffres réels, et l'erreur sur un an a été calculée à partir des prévisions de 2017 dans le rapport de 2018. Or, dans le cycle de production de 2018, les prévisions de 2017 n'étaient pas basées sur la méthodologie révisée applicable aux services à domicile et aux soins communautaires. Il en résulte donc une erreur de prévision sur un an importante pour 2017.

L'écart considérable observé à la catégorie Santé publique découle principalement d'une révision des données du Québec.

Il importe de noter que la valeur des montants diffère grandement dans les diverses catégories d'affectation des fonds. Selon les chiffres de 2019 de la BDDNS, les hôpitaux représentaient 36 % des dépenses de santé des provinces et territoires, et les médecins, 22 %. Cette proportion était de 12 % pour les autres établissements, 9 % pour les autres dépenses de santé, 7 % pour les médicaments et 6 % pour la santé publique. À l'autre extrémité de l'échelle, les catégories Administration et Autres professionnels représentaient chacune environ 1 % des dépenses de santé des gouvernements provinciaux et territoriaux (la plupart des dépenses liées aux autres professionnels étant privées). Pour ces catégories qui ne représentent qu'une faible proportion des dépenses totales, une erreur de prévision importante n'équivaut pas à un très gros montant en argent. Pour dresser un portrait plus précis de l'exactitude des prévisions dans chaque catégorie, la figure 3 présente les variations en dollars pour 2019, obtenues au moyen de la multiplication des révisions moyennes durant la période de 2014 à 2018 par les dépenses de santé de 2019⁶.

Figure 3 Incidence des variations des dépenses de santé après ajustement selon la taille de la catégorie, 2019



Sources

Institut C.D. Howe. [Commentary No. 566 — There Is No Try: Sustainable Healthcare Requires Reining in Spending Overshoots](#). 2020; Base de données sur les dépenses nationales de santé, Institut canadien d'information sur la santé.

Puisque les dépenses hospitalières représentent une part relativement grande des dépenses de santé totales, une faible variation (-0,2 %) représente tout de même une somme importante (155 millions de dollars, ce qui constitue dans le cas présent une sous-utilisation par rapport à l'estimation). À l'inverse, les dépenses en administration représentent une part relativement petite des dépenses de santé totales, de sorte qu'un pourcentage de variation beaucoup plus élevé (2,5 %) équivaut à seulement 43 millions de dollars (dans le cas présent, une surutilisation). Tout comme les dépenses en administration, une grande variation en pourcentage (-1,8 %) dans les dépenses liées à la catégorie Autres professionnels ne représente que 42 millions de dollars (dans le cas présent, une sous-utilisation).

Prévisions sur 5 ans

Les dépenses de santé sont estimées pour les 2 années les plus récentes dans les rapports de la BDDNS, mais nous effectuons également, à titre d'exercice annuel interne pour assurer la qualité des données, des prévisions sur 5 ans des dépenses de santé nationales à l'aide de modèles économétriques.

Ces prévisions sur 5 ans sont dérivées au moyen de modèles macroéconométriques sur les dépenses de santé des secteurs public et privé. Nous additionnons les 2 modèles pour obtenir le total projeté des dépenses de santé. Des modèles économétriques autorégressifs sont utilisés puisqu'ils sont fondés sur des séries chronologiques et s'appuient sur les dépenses de santé de chaque secteur décalées d'un an; ces modèles s'avèrent très significatifs sur le plan statistique. L'estimation du modèle est présentée selon un intervalle de plus ou moins 4 %, pour illustrer la variation possible des dépenses de santé projetées pour l'année en question, selon la performance des itérations antérieures du modèle.

Le modèle pour le secteur public utilise les variables indépendantes suivantes : dépenses de santé du secteur public d'il y a un an; PIB nominal d'il y a un an, 2 ans et 3 ans; population; population de 65 ans et plus; transferts en matière de santé et de programmes sociaux de l'année en cours, d'il y a un an et d'il y a 2 ans; et dépenses totales des programmes provinciaux et territoriaux.

Le modèle pour le secteur privé utilise les variables indépendantes suivantes : dépenses de santé du secteur privé d'il y a un an; PIB nominal de l'année en cours, d'il y a un an et d'il y a 2 ans; population; et population de 65 ans et plus.

Les données sur les variables « population » et « population de 65 ans et plus » proviennent de Statistique Canada, et celles sur le PIB et les transferts en matière de santé et de programmes sociaux, de Finances Canada. Les autres données sont tirées de la BDDNS.

Dépenses liées aux services à domicile et aux soins communautaires

Les dépenses liées aux services à domicile et aux soins communautaires ne sont pas présentées comme une catégorie distincte dans la BDDNS en raison des limites des données. Les données étaient auparavant incluses dans la catégorie résiduelle Autres dépenses de santé.

Il est difficile de fournir des estimations complètes des dépenses liées aux services à domicile et aux soins communautaires dans la BDDNS, car les définitions, les combinaisons de services et les sources de financement varient d'une autorité compétente à l'autre. Les services à domicile et les soins communautaires ne figurent pas parmi les services assurés prévus par la *Loi canadienne sur la santé*⁷, contrairement aux services hospitaliers ou dispensés par les médecins. Chaque autorité compétente (gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux) a mis en place son propre système de services à domicile et de soins communautaires. La définition de ce que comprennent ces services et soins diffère selon l'autorité compétente. Les ministères provinciaux et territoriaux de la Santé et leurs autorités sanitaires régionales sont responsables de la plupart des programmes de services à domicile et de soins communautaires. D'autres ministères, par exemple les ministères responsables des services sociaux ou des services communautaires, apportent également leur soutien aux résidents qui vivent seuls et qui ont une maladie, des besoins spéciaux ou des problèmes liés à leur âge. En fait, il arrive que différents ministères participent à la prestation des services dans une même autorité compétente. La répartition du financement entre les secteurs public et privé varie également d'une autorité compétente à l'autre. Certains services financés par le secteur public, tels que les services professionnels non liés à la santé, imposent parfois un ticket modérateur, assumé par une tierce partie ou les particuliers. Les Canadiens peuvent également assumer eux-mêmes les frais de certains services. Pour en savoir plus, consultez le rapport d'étape de l'ICIS sur les Priorités partagées en santé⁸.

L'ICIS a mis sur pied plusieurs initiatives pour combler les lacunes et améliorer la qualité des données sur les dépenses publiques liées aux services à domicile et aux soins communautaires. La définition a fait l'objet d'une révision et comprend maintenant, outre les services de soins de santé à domicile, les services de soutien à domicile et en milieu communautaire. Le concept élargi de services à domicile et soins communautaires englobe les services fournis dans le cadre de programmes de services à domicile et d'autres programmes qui aident les personnes âgées ou présentant des problèmes de santé à vivre chez elles de façon autonome. Les services communs incluent l'évaluation et la gestion de cas, les soins infirmiers, la physiothérapie, l'ergothérapie, les services d'entretien ménager et les soins palliatifs et de fin de vie à domicile. Selon l'autorité compétente, les autres services peuvent comprendre les services d'entretien et de réparation domiciliaires, les services de jour pour adulte, les programmes de repas, le transport, l'éducation en

matière de santé, les programmes de socialisation pour prévenir l'isolement et les services de relève. Certains services pourraient être fournis dans des milieux semblables au domicile, comme des foyers de groupe⁹. Ces services visent à aider les personnes âgées ou présentant des problèmes de santé à vivre chez elles, ainsi qu'à soutenir les aidants naturels. Nous avons effectué un examen de l'exhaustivité des données agrégées sur les dépenses des gouvernements provinciaux et territoriaux tirées des comptes publics et soumises à la BDDNS. Les données sur les dépenses des programmes de services à domicile et de soins communautaires soumises par les ministères provinciaux et territoriaux de la Santé et d'autres ministères ont permis de combler des lacunes en matière de données. Les autorités compétentes ont reçu des estimations préliminaires et les définitions révisées aux fins d'examen et de rétroaction.

Ces travaux ont permis de faire une révision jusqu'à l'exercice 2012-2013, à partir de la définition élargie, de l'estimation des dépenses publiques liées aux services à domicile et aux soins communautaires engagées par les gouvernements provinciaux et territoriaux. Les estimations se chiffraient à 6,3 milliards de dollars en 2012-2013, 6,8 milliards en 2013-2014, 7,1 milliards en 2014-2015, 8,8 milliards en 2015-2016, 9,2 milliards en 2016-2017, 9,5 milliards en 2017-2018, 10,2 milliards en 2018-2019, 10,9 milliards en 2019-2020, 11,4 milliards en 2020-2021 et 12,3 milliards en 2021-2022. On observe une rupture dans les séries de données entre 2014-2015 et 2015-2016, car les données du Québec n'étaient pas disponibles avant 2015-2016, mais sont incluses dans les estimations à partir de cette année de données. Dans les tableaux de données de la BDDNS, les estimations pour chaque gouvernement provincial ou territorial sont présentées dans une catégorie distincte. Avant 2012-2013 (2015-2016 pour le Québec), les estimations pour les services à domicile, principalement selon l'ancienne définition, étaient incluses dans la catégorie résiduelle Autres dépenses de santé.

La déclaration des données sur les dépenses liées aux services à domicile et aux soins communautaires a permis d'atteindre l'objectif de l'initiative, tout en offrant une meilleure vue d'ensemble et un portrait plus complet de ce domaine. Toutefois, il reste encore à combler des lacunes en matière de données et à accroître la comparabilité entre provinces et territoires. L'ICIS continue de travailler avec les fournisseurs de données pour mieux comprendre leurs programmes et améliorer la qualité des données. Par ailleurs, la mise en œuvre de l'initiative d'amélioration des données se limite au secteur des gouvernements provinciaux et territoriaux; les données sur les dépenses liées aux services à domicile et aux soins communautaires pour les autres secteurs sont toujours incluses dans la catégorie Autres dépenses de santé et sont indissociables.

Dépenses en immobilisations

Les estimations des dépenses en immobilisations dans la BDDNS sont actuellement fondées sur les données annuelles de l'Enquête sur les dépenses en immobilisations et réparations (EDIR) de Statistique Canada.

Aux fins d'assurance de la qualité, l'équipe de la BDDNS s'est penchée sur les indicateurs de qualité de Statistique Canada, allant d'une échelle de A à F (A = excellent; B = très bon; C = bon; D = acceptable; E = faible, à utiliser avec prudence; F = trop peu fiable pour être publié). Elle a également effectué des comparaisons avec d'autres sources. Les données sur les dépenses en immobilisations tirées de l'EDIR ont été comparées avec celles de la BDCS et celles obtenues des comptes publics des gouvernements provinciaux et territoriaux.

Les résultats de l'analyse montrent qu'il n'existe pas de source de données unique optimale. Chacune comporte ses limites et ses lacunes. Par conséquent, l'équipe de la BDDNS continuera de rechercher de nouvelles sources de données et méthodes pour améliorer ses estimations des dépenses en immobilisations.

7 Sources de données et méthodes

Les rubriques qui suivent brossent un tableau sommaire de quelques-uns des principaux points associés à la compilation des estimations des dépenses de santé.

Hiérarchie de la classification

La classification des dépenses nationales de santé au Canada repose sur un système de classification qui est conforme aux normes internationales élaborées par l'OCDE.

Les dépenses de santé sont groupées dans les grandes catégories suivantes :

- **Dépenses individuelles de santé** : Dépenses de santé liées aux produits et aux services de santé utilisés par les individus.
- **Autres dépenses de santé** : Dépenses de santé engagées dans l'intérêt de la société, comme la santé publique; dépenses à titre d'investissements pour une utilisation ultérieure, comme les dépenses en immobilisations; dépenses administratives liées à la planification et à la gestion du système de santé; recherche.

Les dépenses en soins personnels sont classées dans des catégories qui décrivent le genre de soins de santé utilisés. Voici la hiérarchie de la classification utilisée pour ventiler des catégories de dépenses qui se chevauchent :

- **Milieu institutionnel** : Les services de santé consommés dans les hôpitaux ou d'autres établissements sont attribués à cette catégorie si l'établissement achète les services pour le compte de ses patients. Par exemple, les services médicaux et les médicaments payés à même les budgets des hôpitaux sont classés comme des dépenses hospitalières. Les dépenses peuvent ainsi être attribuées au fournisseur qui a été payé par les patients ou leurs représentants sous forme d'assurance du gouvernement ou d'une compagnie, ce qui permet également de tenir compte de la disponibilité des données.
- **Fournisseur de services autonome** : Par exemple, toutes les dépenses liées à la pratique médicale sont considérées comme des dépenses pour des services médicaux, même si certaines de ces dépenses sont rattachées à l'embauche d'autres professionnels, aux médicaments ou aux produits sanitaires personnels.
- **Type de produits et services** : Les médicaments, les produits sanitaires personnels et les appareils en sont des exemples.

Les soins de la vue font exception à la hiérarchie de la classification; les services des optométristes, les lunettes et les lentilles cornéennes vendues par les optométristes et les lunettes vendues par les opticiens sont combinés en une catégorie, soit les services de soins pour la vue.

Les définitions ainsi que les méthodes utilisées pour la préparation des rapports de la BDDNS s'inspirent en grande partie de celles adoptées en 1994 par le Comité de révision de la méthodologie des dépenses nationales de santé. Ce comité était composé de représentants de Santé Canada, de Statistique Canada, du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec, de l'Association médicale canadienne et de l'Association canadienne des soins de santé.

Méthodes générales

Les points suivants visent à présenter un survol des méthodes appliquées pour calculer les estimations des dépenses de santé au Canada.

Gouvernements provinciaux et territoriaux

Les données sont extraites annuellement des comptes publics des gouvernements provinciaux et territoriaux. Les programmes et les éléments de programmes sont classés par catégories de dépenses de santé d'après les méthodes et les définitions acceptées et uniformisées servant à dresser des estimations des dépenses nationales de santé. Les données issues des comptes publics sont complétées par des renseignements provenant des rapports annuels des ministères provinciaux et territoriaux et des rapports statistiques annuels lorsqu'ils sont disponibles, de même que par de l'information offerte par les représentants des gouvernements provinciaux et territoriaux. Le total des chiffres sur les dépenses de santé des gouvernements provinciaux et territoriaux englobe les dépenses déclarées pour les services de santé par les ministères de la Santé provinciaux et territoriaux de même que les dépenses de santé d'autres ministères à la lumière des définitions des comptes nationaux sur la santé.

Aucun ajustement n'est effectué dans la BDDNS pour tenir compte des déficits ou des surplus de l'autorité sanitaire régionale ou des hôpitaux à moins que le gouvernement provincial ou territorial ne les assume. Lorsque les déficits ou surplus sont assumés par le gouvernement provincial ou territorial, ils sont attribués à l'année où l'autorité régionale sanitaire ou les hôpitaux les ont accumulés.

Pendant la préparation de rapports de la BDDNS, les estimations de l'ICIS sur les dépenses de santé des gouvernements provinciaux et territoriaux sont soumises aux ministères de la Santé provinciaux et territoriaux aux fins d'examen.

En 2019, la méthode d'estimation des dépenses de santé du gouvernement de l'Alberta a été revue. La nouvelle méthode tient mieux compte de la prestation actuelle des soins de santé dans la province. Les principales différences entre les 2 méthodes concernent la répartition des coûts régionaux de l'Alberta selon les catégories de la BDDNS. Des reclassifications ont été effectuées et des améliorations ont été apportées à la méthode d'estimation afin qu'elle cadre davantage avec les définitions de la BDDNS et dans le but d'accroître la comparabilité des données avec celles d'autres banques de données de l'ICIS. Ces changements entraînent une rupture dans les séries de données entre 2009-2010 et 2010-2011, en particulier

- aucun changement dans les dépenses totales de santé;
- une hausse des dépenses dans 2 catégories, soit Santé publique et Autres dépenses de santé;
- une baisse des dépenses dans 2 catégories, soit Hôpitaux et Autres établissements.

En 2019, la méthode d'estimation des dépenses de santé du gouvernement de la Colombie-Britannique a été revue. La nouvelle méthode tient mieux compte de la prestation actuelle des soins de santé dans la province. Les principales différences entre les 2 méthodes concernent la répartition des dépenses des services régionaux de santé et des services provinciaux de santé de la Colombie-Britannique selon les catégories de la BDDNS.

Des reclassifications ont été effectuées et des améliorations ont été apportées à la méthode d'estimation à partir des données tirées des états financiers de chacune des autorités sanitaires régionales. Ces changements ont permis d'améliorer la qualité globale des données et leur comparabilité avec d'autres banques de données de l'ICIS. Ils entraînent une rupture dans les séries de données de 2011-2012, en particulier

- aucun changement dans les dépenses totales de santé;
- une hausse des dépenses dans 2 catégories, soit Autres établissements et Autres dépenses de santé;
- une baisse des dépenses dans 2 catégories, soit Hôpitaux et Santé publique.

De plus, les dépenses allouées au programme en déficiences développementales de Community Living British Columbia ont été examinées, désignées de façon précise et ajoutées dans les dépenses de santé du gouvernement de la Colombie-Britannique. Cette initiative a une incidence sur les catégories Autres établissements et Services à domicile et soins communautaires.

En 2017, la méthode d'estimation des dépenses de santé du gouvernement du Québec a été revue à la suite de la réforme amenée par l'adoption du projet de loi n° 10ⁱ en 2015-2016, laquelle a entraîné la modification de l'organisation et de la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux. Les principales différences entre les 2 méthodes sont liées à l'inclusion de dépenses qui étaient auparavant exclues en raison de leur nature « sociale », à la révision de la classification de certains coûts et à l'inclusion des fonds spéciaux du gouvernement en matière de santé, dont les dépenses auraient dû être incluses auparavant. Ces changements majeurs entraînent une rupture dans les séries de données entre 2014-2015 et 2015-2016, en particulier

- une hausse considérable dans les dépenses totales financées par le gouvernement provincial, qui est largement attribuable à l'inclusion des dépenses du Fonds de financement des établissements de santé et de services sociaux (FINESSS);
- une augmentation marquée dans les dépenses de 3 catégories :
 - Autres professionnels — hausse principalement attribuable à la reclassification de certaines dépenses qui faisaient auparavant partie d'autres catégories;
 - Autres dépenses de santé — hausse principalement attribuable à l'inclusion de dépenses qui n'étaient pas incluses dans les méthodes précédentes (p. ex. les dépenses consacrées au soutien à domicile);
 - Autres établissements — hausse principalement attribuable à l'inclusion des dépenses consacrées aux jeunes en difficulté et aux patients dans les centres de réadaptation.

i. Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales.

Soulignons que la baisse des dépenses de la catégorie Santé publique résulte à la fois de la reclassification de certaines dépenses et des changements apportés au réseau de la santé et des services sociaux le 1^{er} avril 2015, notamment l'abolition des agences régionales. La baisse des dépenses de la catégorie Administration est principalement attribuable à l'adoption de lignes directrices gouvernementales dans le cadre de la réforme (encore une fois en raison de l'abolition des agences régionales).

En 2016, le ministère de la Santé et des Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest a passé en revue la méthodologie de calcul des dépenses de santé au moyen de la définition de la BDDNS. Cet examen a permis d'améliorer la méthodologie et de modifier certaines classifications. Ces changements ont entraîné des variations dans les données de 2010-2011 sur les dépenses pour les catégories suivantes : Hôpitaux, Autres établissements, Médecins, Administration et Santé publique.

Le 1^{er} avril 1999, le Nunavut a été créé à partir de la division des Territoires du Nord-Ouest. Les dépenses des Territoires du Nord-Ouest pour l'année civile 1999 comprennent celles du Nunavut pour un trimestre de l'exercice se terminant le 31 mars 1999, soit avant la création du Nunavut. Par conséquent, les données sur les dépenses des Territoires du Nord-Ouest ne peuvent pas être comparées avant ou après l'année civile 1999.

Secteur privé

Les données du secteur privé ont été révisées en 1995 après un examen méthodologique qui a commencé au début des années 1990. Les données du secteur privé ayant fait l'objet d'une révision méthodologique ont incorporé les estimations issues directement de nouvelles sources pour 1988 et les années ultérieures.

Les montants des dépenses avant 1988 ont fait l'objet d'estimations à partir de tendances historiques. Par conséquent, le lecteur doit utiliser avec réserve les données sur les dépenses du secteur privé pour les petites provinces et pour les années précédant 1988.

Les données sur les réclamations de l'**assurance maladie** par catégorie et les primes sont recueillies auprès de compagnies d'assurance sans but lucratif et de l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes (ACCAP), qui mène une enquête auprès de ses membres. La différence entre les réclamations et les primes est attribuée à la catégorie de l'administration d'assurance, qui comprend les coûts de fonctionnement, les provisions pour de futures prestations, les dividendes et bonifications, les impôts fédéraux, provinciaux et territoriaux (p. ex. impôt sur les primes, sur le capital et sur le revenu) et la marge de profit. Les dépenses de santé engagées par les compagnies d'assurance contre divers risques affiliées à des compagnies d'assurance vie sont comprises dans les estimations. Depuis 2018, les nouvelles données d'enquête de l'ACCAP sont la seule source pour les réclamations d'assurance maladie puisque ces données portent aussi sur les compagnies d'assurance sans but lucratif. Par conséquent, il est impossible d'isoler les dépenses relatives aux soins prodigués par les médecins, aux autres produits de santé et aux autres services de santé.

Les **dépenses directes** des ménages sont fondées principalement sur les données de l'Enquête sur les dépenses des ménages (EDM), anciennement l'Enquête sur les dépenses des familles, qui est administrée par Statistique Canada. Dans la catégorie des soins de santé de l'EDM, seules les données sur les coûts directs sont utilisées. Quant aux données sur les autres médicaments et produits pharmaceutiques (c.-à-d. non prescrits par un médecin) et sur les soins hospitaliers, la BDDNS utilise d'autres sources comme il est indiqué ci-dessous. Les estimations sur les dépenses nationales de santé correspondent aux dépenses moyennes par ménage pour chaque catégorie multipliées par le nombre prévu de ménages.

L'EDM est une enquête annuelle qui a commencé en 1996. Avant 1996, des enquêtes complètes qui englobaient les milieux urbains et ruraux ont été menées en 1986 et en 1992. En 1990, une enquête visant seulement les zones métropolitaines a été effectuée. Au cours des années pendant lesquelles des enquêtes complètes ont été effectuées, les données sont disponibles pour les 10 provinces et 17 centres urbains. Les centres urbains englobent Yellowknife et Whitehorse, qui servent à tirer des estimations des dépenses dans les territoires. Les dépenses par ménage dans les zones métropolitaines semblent être plus élevées que les estimations provinciales et territoriales. Toutes les catégories pertinentes ont été mises à jour au cours des années pendant lesquelles des enquêtes complètes ont été menées. Pour les années pendant lesquelles seulement des enquêtes sur les milieux urbains ont été menées, les changements en pourcentage des dépenses relatives aux milieux urbains dans chaque province ou territoire ont servi à mettre à jour les estimations des catégories à partir des années au cours desquelles ont eu lieu des enquêtes complètes.

Entre 1992 et 1996, années où aucune enquête n'a été menée, les taux de croissance provinciaux et territoriaux des variables de Statistique Canada sur les dépenses personnelles de soins médicaux et de soins dentaires, les médicaments et les produits pharmaceutiques divers et les autres soins de santé ont servi à établir des estimations pour les années manquantes. À compter de l'an 2000, l'EDM n'est menée dans les territoires que tous les 2 ans. Pour les années 2000, 2002 et tous les ans par la suite, les dépenses en santé directes de soins médicaux, de soins dentaires, de soins de la vue et d'autres services professionnels, les médicaments prescrits, et d'autres biens et services de la santé ont été estimés par l'ICIS. Dans l'EDM, les données dans la catégorie Autres médicaments, médicaments et produits pharmaceutiques, c'est-à-dire non prescrits par un médecin, ont été remplacées par des informations de la firme de recherche Nielsen, qui assure un suivi des ventes au détail de médicaments non prescrits vendus au Canada. Chaque année, Nielsen déclare des données de ventes au détail pour 2 années pour plus de 50 catégories de médicaments non prescrits. Les données sont déclarées par circuits commerciauxⁱⁱ, par volume total de ventes en dollars et par distribution de ventes régionales de 5 régions qui englobent 9 provinces. Les territoires

ii. Règle générale, les définitions de Statistique Canada régissent la classification des magasins par catégorie de commerce. Les circuits de vente comprennent les pharmacies, les magasins d'alimentation comportant une pharmacie, les principaux supermarchés, les grandes surfaces et les clubs-entrepôts dont les estimations proviennent des données sur les ménages recueillies par Nielsen.

ne sont pas inclus. Les données sont traitées en classant les catégories de médicaments non prescrits à titre de médicaments en vente libre ou de produits d'hygiène personnelle. Les ventes régionales ont été réparties en 9 provinces et on a calculé les estimations pour les territoires, ainsi que pour Terre-Neuve-et-Labrador avant 2017, au moyen des répartitions provinciales des coûts directs pour les soins de santé à partir de l'EDM. Depuis 2017, les ventes régionales sont réparties en 10 provinces. Enfin, les estimations tiennent compte des taxes de vente provinciales et fédérales applicables.

En 2010, Statistique Canada a entièrement restructuré l'EDM : la période de référence pour les médicaments prescrits est passée de 12 à 3 mois, puis le résultat a été annualisé au moyen d'une multiplication par 4. Un des objectifs de cette restructuration était de mieux adapter les méthodes de collecte et les périodes de référence. En 2010, les taux de croissance des dépenses associés aux médicaments prescrits payés par les patients ont dépassé 30 % dans la plupart des provinces, atteignant presque 50 % dans certaines provinces. Depuis 2010 dans les 10 provinces et depuis 2015 dans les 3 capitales des territoires, l'EDM combine 2 modes de collecte, à savoir un questionnaire et un journal de dépenses. En conséquence, il y a eu une interruption dans la série des dépenses payées par les patients, ce qui a eu une incidence sur les dépenses du secteur privé dans l'ensemble des provinces et territoires.

La catégorie de l'EDM Soins hospitaliers n'est pas utilisée; on estime plutôt la composante sur les dépenses directes dans le cas des soins hospitaliers selon les revenus des services aux patients tirés du Rapport annuel des établissements de santé de Statistique Canada avant 1994-1995 et de la BDCS de l'ICIS par la suite.

En 2017, l'EDM est passée à un cycle de production de 2 ans, avec une enquête bisannuelle. Par conséquent, il n'y a pas de données de l'EDM de Statistique Canada pour 2018, 2020 et 2021. En l'absence de ces données, nous avons appliqué l'IPC aux données de l'EDM de 2017 pour obtenir une estimation des données de 2018 dans la BDDNS. Pour combler les données manquantes pour les années 2020 et 2021, nous avons estimé les dépenses directes en nous appuyant sur les années de données antérieures de l'EDM. Les estimations relatives à l'EDM doivent donc être interprétées avec prudence en raison des limites qu'elles présentent. Pour en savoir plus sur les indicateurs de qualité de l'EDM, notamment sur les coefficients de variation, les taux de non-réponse et les taux d'imputation, consultez la page Web [Enquête sur les dépenses des ménages \(EDM\)](#).

Les estimations des dépenses directes pour la catégorie Autres établissements sont tirées des données de l'Enquête sur les établissements de soins pour bénéficiaires internes (EESBI) (maintenant appelée Établissements privés de soins infirmiers et de soins pour bénéficiaires internes ou ESISBI) de Statistique Canada. Les données ayant servi à l'enquête englobent les recettes des établissements provenant de la coassurance ou des dépenses directes des bénéficiaires, les suppléments pour l'hébergement privilégié et les revenus divers.

Après la suppression de l'EESBI en juillet 2012 et la publication des dernières données pour l'année de référence 2010-2011, l'ICIS a fait équipe avec Statistique Canada pour recueillir des données applicables aux 3 exercices financiers suivants, mais provenant d'un plus petit nombre d'établissements. Depuis 2014-2015, les données de l'ESISBI de Statistique Canada sont utilisées. Les dépenses du secteur privé pour la catégorie Autres établissements sont calculées en soustrayant les dépenses du secteur public indiquées dans la BDDNS du total déclaré dans l'ESISBI.

La source de financement **non liée à la consommation** du secteur privé englobe les revenus des hôpitaux ne provenant pas de soins aux patients, tels que les exploitations auxiliaires, les dons et les revenus de placement. Ces données proviennent des enquêtes sur les hôpitaux de Statistique Canada avant 1994-1995 et de la BDCS par la suite.

La source de financement non liée à la consommation du secteur privé comprend également les dépenses pour la recherche biomédicale et en soins de santé des facultés de médecine canadiennes issues des statistiques relatives à l'enseignement médical publiées par l'Association des facultés de médecine du Canada. On compte les montants de recherche financés par les fondations nationales et provinciales sans but lucratif, dont la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada, l'Institut national du cancer du Canada, la Société canadienne du cancer, pour n'en nommer que quelques-unes. De plus, on tient compte du financement provenant de sources locales, des sources universitaires internes, des universités, des hôpitaux indépendants et des sources étrangères. La somme de ces montants est répartie dans la province selon la répartition déclarée des sommes totales consacrées à la recherche par les diverses facultés de médecine à l'échelle du pays.

Les dépenses en immobilisations du secteur privé sont également comprises dans les éléments non liés à la consommation. D'autres renseignements sur le calcul des immobilisations figurent aussi à la rubrique [Méthodes de calcul](#) de la section 7 : Sources de données et méthodes et à la rubrique [Prévisions](#) de la section 6 : Activités d'amélioration continue de la qualité.

Dépenses directes du gouvernement fédéral

Les données sur les dépenses directes de santé du gouvernement fédéral sont estimées à partir des données fournies par les organismes gouvernementaux fédéraux, auxquelles s'ajoutent les données sur les comptes publics nationaux. Les dépenses de santé du gouvernement fédéral sont généralement présentées selon la province ou le territoire où les dépenses ont été engagées. Toutefois, certaines données sont fournies à l'échelle nationale ou régionale seulement; dans ce cas, elles sont réparties en fonction de la population des provinces et territoires.

Historiquement, les données sur la Santé publique et l'Administration dans le secteur fédéral direct ont été déclarées dans une seule catégorie. Afin de diviser cette catégorie en composantes distinctes pour la santé publique et l'administration, on a entrepris une analyse des données plus détaillées couvrant la période de 1988 à 2003. On a tenté de répartir les données historiques de 1975 à 1987 entre ces domaines afin de produire des évaluations distinctes sur la santé publique et l'administration pour l'ensemble de la série chronologique.

Administration municipale

Les dépenses de santé des administrations municipales s'appuient sur les données provenant de Statistique Canada jusqu'à 2008. Depuis, Statistique Canada déclare les statistiques publiques selon le cadre comptable des Statistiques de finances publiques (SFP). Par conséquent, les données sur la santé consolidées des administrations municipales ne sont pas disponibles à l'heure actuelle. Par suite de la révision de la méthodologie des dépenses de santé des administrations municipales dans la BDDNS, les données sont maintenant estimées d'après les taux de croissance tirés des rapports annuels ou des états financiers publiés par diverses villes, lorsque les publications sont disponibles. Des rajustements rétrospectifs ont été effectués de 2009 jusqu'à l'exercice en cours.

Caisses de sécurité sociale

Au Canada, les caisses de sécurité sociale comprennent les dépenses de soins de santé engagées par les commissions des accidents du travail et par le Fonds de l'assurance médicaments du programme de subventions en matière de médicaments du MSSS du Québec. Les données des commissions des accidents du travail sont issues de tableaux spéciaux des dépenses en aide médicale provenant des commissions des accidents du travail de chaque province et territoire. Le remplacement du revenu et la réadaptation professionnelle ne sont pas compris. Les éléments qui sont inclus dans l'aide médicale, mais qui ne correspondent pas à la définition des dépenses nationales de santé, dont les frais d'obsèques, les vêtements, l'hébergement à l'hôtel et les déplacements à des fins non médicales, sont exclus.

Après 1996, nous avons ajouté aux données sur les commissions des accidents du travail la partie du programme de médicaments de la RAMQ qui n'est pas financée par le MSSS. Pour obtenir des renseignements supplémentaires, se reporter à la définition des caisses de sécurité sociale à la rubrique [Concepts et définitions](#) du présent document.

Financement par les gouvernements de la réponse à la COVID-19

Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ont inclus dans leurs comptes publics, leurs budgets principaux des dépenses et leurs budgets un financement pour les interventions contre la COVID-19. Au Canada, la pandémie a commencé au début de l'année 2020, puis a régressé en 2022. Par conséquent, les données sur les dépenses liées à la COVID-19 sont uniquement disponibles pour les exercices 2019-2020, 2020-2021 et 2021-2022, à l'échelle du Canada et de chaque province et territoire. Depuis 2022-2023, le financement de la réponse à la COVID-19 ne fait plus l'objet de prévisions à titre de catégorie de dépenses distincte. Comme les activités d'intervention contre la COVID-19 sont dorénavant intégrées aux budgets de fonctionnement, il n'est plus possible de les distinguer des autres catégories de dépenses de la BDDNS, par exemple Hôpitaux, Soins de longue durée, Santé publique et Administration. Comme la pandémie a commencé au début de 2020, tout le financement de la réponse à la COVID-19 pour l'exercice 2019-2020 est inclus dans les données de l'année civile 2020. Le quart du financement octroyé lors de l'exercice 2021-2022 est inclus dans l'année civile 2022, après conversion de l'exercice en année civile.

Sources de données

Les données pour le **secteur des gouvernements provinciaux et territoriaux** sont extraites des comptes publics et des budgets principaux des dépenses des gouvernements provinciaux et territoriaux. Elles sont complétées par des informations fournies par les représentants des gouvernements provinciaux et territoriaux.

Les données pour le **secteur fédéral direct** proviennent de la ressource [Autorisations et dépenses liées à la COVID-19](#) de l'outil InfoBase du GC ainsi que du [budget fédéral de 2021](#). Les mesures de financement de la santé annoncées par le gouvernement du Canada constituent une combinaison de fonds destinés à des dépenses directes du gouvernement du Canada et de transferts aux provinces et territoires. Étant donné que les dépenses nationales de santé sont déclarées en fonction du principe de la responsabilité de paiement, les transferts de financement fédéral pour la COVID-19 aux provinces et territoires sont compris dans le secteur des gouvernements provinciaux et territoriaux. Pour éviter une double comptabilisation, le financement par le secteur fédéral de la réponse à la COVID-19 est consolidé au moyen de la suppression des transferts aux provinces et territoires. Par exemple, [l'Accord sur la relance sécuritaire](#) est un investissement fédéral visant à aider les provinces et territoires à relancer leur économie en toute sécurité. Une partie des fonds liés à la santé leur ont été transférés en fonction de leur population. Ainsi, le soutien financier accordé dans le cadre de ce programme n'est pas compté comme une dépense directe du fédéral.

Les estimations du financement de la réponse à la COVID-19 pour le secteur des gouvernements provinciaux et territoriaux et le secteur fédéral direct feront l'objet d'une révision lorsque les chiffres réels seront disponibles dans les années à venir. En raison des incertitudes découlant de la pandémie, les variations entre les prévisions et les chiffres réels pourraient être plus importantes qu'à l'habitude lorsque les données réelles seront disponibles.

Les services de soutien liés à la COVID-19 qui ne touchent pas directement la santé sont considérés comme des services sociaux. Ces dépenses sont donc supprimées de la BDDNS quand elles peuvent être repérées.

Limites

Compte tenu de l'incertitude causée par la pandémie, les gouvernements transmettent peu d'information sur le financement lié à la COVID-19 par catégorie de dépenses de santé. Certaines autorités compétentes disposent de données partielles sur les dépenses liées à la COVID-19 par catégorie. D'autres sont seulement en mesure de déclarer les dépenses totales liées à la COVID-19 sans fournir de détails par catégorie. Il est en outre possible que certaines catégories (p. ex. Hôpitaux) comprennent des dépenses liées à la COVID-19 qui ne peuvent être distinguées des autres dépenses. La possibilité de séparer les dépenses liées à la COVID-19 des autres catégories de dépenses est donc présentement limitée. Par conséquent, le financement total de la réponse à la COVID-19 est déclaré dans la BDDNS à titre de catégorie distincte, quand il est désigné comme tel, pour les années 2019-2020, 2020-2021 et 2021-2022. Lorsque nous disposerons d'informations plus détaillées sur le financement lié à la COVID-19 à l'échelle de la catégorie de dépenses, il pourrait y avoir une incidence sur les catégories connexes (p. ex. Santé publique, Soins de longue durée, Hôpitaux).

Dans les tableaux de données de la BDDNS (séries A à H), la catégorie Financement de la réponse à la COVID-19 fait référence au financement gouvernemental, qui comprend le secteur des gouvernements provinciaux et territoriaux et le secteur fédéral direct, selon le cas. Les dépenses liées à la COVID-19 pour le secteur privé, les administrations municipales, les commissions des accidents du travail et les caisses de sécurité sociale n'ont pas pu être distinguées.

Méthodes de calcul

Calcul du taux de croissance annuel moyen

Le taux de croissance annuel moyen est le taux annuel constant auquel une valeur doit augmenter pour atteindre une valeur à la fin d'une période étant donné le nombre d'années composant cette période. Voici la formule utilisée pour calculer le taux de croissance annuel moyen :

$$e^{(\ln(\text{valeur à la fin de la période}) - \ln(\text{valeur au début de la période})) \div T} - 1$$

La constante « e » est égale à 2,718, soit la base du logarithme naturel, et T est égal au nombre d'années couvertes par cette période.

Calcul de l'année civile

Certaines sources d'information présentent les données en fonction de l'exercice financier. Les données pour une année civile ont été calculées en ajoutant les 3 quarts d'un exercice au quart de l'exercice précédent.

Calcul des dollars constants

Les dépenses réelles de santé et les dépenses réelles de santé par habitant sont présentées en dollars constants de 1997. En l'absence d'un indice universel des prix des soins de santé, les dépenses en dollars constants ont été calculées au moyen des indices de prix pour les dépenses publiques et privées dans chaque province et territoire. Les indices utilisés sont les indices implicites de prix pour les dépenses courantes du gouvernement servant à exprimer en prix constants les dépenses de santé du secteur public, et la composante de santé de l'IPC sert à exprimer en prix constants les dépenses de santé du secteur privé. Statistique Canada a élaboré les 2 séries d'indices. Une explication plus approfondie de la méthodologie utilisée pour calculer les indices implicites de prix est offerte dans les publications de Statistique Canada¹. De plus, les indices implicites de prix de l'année civile ont été utilisés pour le calcul des dollars constants par exercice financier.

Dans la série sur les dépenses de santé, les dépenses publiques et privées sont ajustées séparément au moyen de l'indice approprié dans chaque province. Les valeurs ajustées sont agrégées pour obtenir le total pour le Canada en dollars constants. Par conséquent, l'indice implicite de prix global utilisé dans la série sur les dépenses de santé tient compte du jumelage des dépenses de santé des secteurs public et privé consignées dans la BDDNS.

En 2022, la croissance annuelle de l'IPC a atteint 6,8 %, un sommet en 40 ans¹⁰. Cette hausse de l'IPC — qui mesure le coût d'un panier fixe de biens et services pertinents pour les consommateurs canadiens — témoigne des pressions inflationnistes sur l'ensemble des secteurs de l'économie. L'indice des prix de la demande intérieure finale, qui tient non seulement compte des pressions exercées sur les prix pour les ménages, mais aussi pour les entreprises et les gouvernements, a connu une croissance semblable à celle de l'IPC. Le déflateur du PIB, qui fait état du prix des biens et services produits au pays, a connu une hausse encore plus rapide en raison du prix des exportations.

Même si l'inflation s'est fait sentir dans toutes les sphères économiques en 2022, son effet sur les dépenses de santé a été modéré par les contrats annuels et pluriannuels déjà conclus avec les fournisseurs. Ainsi, toujours en 2022, la croissance annuelle de la composante santé de l'IPC s'est établie à 2,8 %, et celle de l'indice implicite de prix, à 4,7 %. Globalement, l'inflation totale relative aux soins de santé s'est élevée à 3,7 % en 2022 selon les données de la BDDNS. En règle générale, on s'attend à ce que l'inflation en santé accuse un retard par rapport à l'inflation globale.

Calcul du total des dépenses de santé par rapport au produit intérieur brut

Le PIB au prix courantⁱⁱⁱ a été utilisé pour exprimer le total des dépenses de santé par rapport au PIB. Pour calculer le ratio des dépenses totales de santé par rapport au PIB au Canada, les chiffres sur le PIB national ont été utilisés plutôt que la somme des PIB provinciaux et territoriaux.

Les chiffres sur le PIB fournis par Statistique Canada ont été revus (à la hausse) en 2013 dans le cadre de la révision du Système de comptabilité nationale du Canada, rendue nécessaire en raison de la mise en œuvre des nouvelles normes internationales publiées dans le *Système de comptabilité nationale 2008* (SCN 2008). Les chiffres révisés du PIB canadien et par provinces et territoires sont disponibles pour la période de 1981 à 2013. L'ICIS n'a pas tenté d'estimer les PIB national, provinciaux et territoriaux avant 1981. Les prévisions relatives aux chiffres sur le PIB à l'échelle nationale, provinciale et territoriale pour l'année la plus récente ont été préparées par l'ICIS en appliquant le taux de croissance le plus récent du PIB du Conference Board du Canada aux chiffres de Statistique Canada sur le PIB de l'année précédente.

iii. Source : Division des comptes nationaux et de l'environnement, Statistique Canada.

Calcul des dépenses par habitant

Les dépenses de santé par habitant ont été calculées en utilisant les plus récentes prévisions de la Division de la démographie de Statistique Canada. Il faut tenir compte des résultats des rajustements du recensement pour le sous-dénombrement net, pour les résidents non permanents et pour les Canadiens de retour au pays. Les chiffres démographiques pour l'année la plus récente sont des projections obtenues de la Division de la démographie de Statistique Canada.

Calcul du total des dépenses de santé

Le total des dépenses de santé se rapporte à la somme des secteurs public et privé. La mention « Canada » désigne la somme des 10 provinces et des 3 territoires. Les dépenses totales de santé en dollars constants de 1997 représentent la somme des dépenses de santé du secteur public en dollars constants de 1997 et des dépenses de santé du secteur privé en dollars constants de 1997. La moyenne pour le Canada correspond à la somme des dépenses des provinces et territoires, divisée par la somme des données provinciales et territoriales d'une autre variable, comme la population.

Dépenses en immobilisations

Précédant une importante révision de la méthodologie en 1995, plusieurs catégories du secteur privé ont fait l'objet d'une estimation au moyen d'une méthode des résidus, par laquelle les dépenses du secteur public étaient soustraites du total estimatif. Le reste était entièrement attribué au secteur privé. À la suite de la révision de la méthodologie sur les dépenses nationales de santé ayant eu lieu au début des années 1990, les Dépenses en immobilisations demeuraient la seule catégorie qui était estimée de cette façon. En 1998, la méthode de calcul des dépenses en immobilisations a été revue et révisée. Les dépenses en immobilisations du secteur privé, des gouvernements provinciaux et territoriaux et des municipalités sont maintenant estimées à partir de renseignements de l'EDIR obtenus de Statistique Canada. Les dépenses en immobilisations du secteur fédéral direct sont tirées des comptes publics nationaux et des ministères fédéraux qui offrent des services de santé. Le secteur des caisses de sécurité sociale ne compte aucune dépense en immobilisations. En raison de ce changement, les dépenses en immobilisations représentent la seule catégorie dans laquelle les dépenses sont catégorisées comme étant privées ou publiques selon le régime de propriété ou le contrôle financier de l'établissement dans lequel on investit. Cette convention a été adoptée en raison des restrictions des données. Les dépenses liées aux logiciels sont exclues des estimations des dépenses en immobilisations de la BDDNS en raison de la non-disponibilité des données.

La dernière année de données représente les intentions de dépenses en immobilisations. Ces données pourraient faire l'objet d'une révision lorsque les dépenses réelles seront disponibles. Selon les observations de l'OCDE, les dépenses en immobilisations fluctuent davantage que les dépenses réelles d'année en année, surtout au sein des petites économies où sont mis en place des projets d'immobilisations pour l'aménagement d'installations (c.-à-d. la construction d'hôpitaux et d'autres établissements de santé) et des programmes d'investissement pour de l'équipement neuf (p. ex. l'équipement médical, les technologies de l'information et des communications). Les décisions liées aux dépenses en immobilisations sont également plus sujettes aux cycles économiques, puisque les dépenses sur l'infrastructure et l'équipement des systèmes de santé sont souvent les premières visées par les coupures et les reports en période de ralentissement économique¹¹.

Méthodes de répartition selon l'âge et le sexe

La série E des tableaux de données présente les dépenses de santé des gouvernements provinciaux et territoriaux pour certaines catégories de dépenses selon le sexe et les groupes d'âge. Les dépenses totales par âge, sexe et province sont disponibles à partir de 1998. Les 5 catégories sont les Hôpitaux, Autres établissements, Médecins, Autres professionnels et Médicaments. La méthode de répartition des 5 catégories et du total est expliquée ci-dessous. Les données présentées dans la série E des tableaux de données ne sont pas normalisées selon l'âge et le sexe.

Hôpitaux

La répartition des dépenses hospitalières des gouvernements provinciaux et territoriaux selon l'âge et le sexe repose sur l'information tirée de la Base de données sur les congés des patients (BDGP)^{iv} et la Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH). Les estimations des dépenses hospitalières des gouvernements provinciaux et territoriaux pour chaque province sont attribuées à un groupe d'âge donné d'après les cas pondérés dans le groupe d'âge par rapport au total des cas pondérés. Le total des cas pondérés est déterminé en fonction de la pondération de la consommation des ressources (PCR) attribuée.

Suivant la méthodologie des groupes de maladies analogues (GMA ou GMA+) de l'ICIS, le diagnostic et les interventions chirurgicales déterminent dans quel groupe sont inclus les patients. Pour chacun des groupes, les patients sont ensuite ajustés selon les effets de facteurs^v. On estime ensuite le coût propre au patient en utilisant la PCR^{vi}.

iv. La Base de données sur les congés des patients reçoit de l'information des hôpitaux participants, ce qui représente environ 85 % de toutes les sorties des hôpitaux au Canada. La base de données contient des données cliniques, démographiques et administratives relativement aux soins de courte durée, aux soins chroniques et aux soins de réadaptation, et aux chirurgies d'un jour.

v. Consultez l'infographie [Méthodologie de regroupement des maladies analogues chez les patients typiques](#) pour obtenir la description des cas typiques et des effets de facteurs.

vi. La PCR est un algorithme d'affectation des ressources qui a été mis au point par l'ICIS pour estimer la valeur relative de ressources utilisées par les hôpitaux pour un cas typique. Pour en savoir plus, consultez la [page sur les indicateurs de ressources sur le site Web de l'ICIS](#).

La méthodologie GMA de l'ICIS a servi à regrouper l'information sur les congés des patients selon les caractéristiques cliniques et d'utilisation des ressources de façon à obtenir des groupes homogènes. Auparavant, les méthodologies GMA et GMA+ ne pouvaient être utilisées que sur une période de 5 ans. Par conséquent, différentes années de méthodologie ont été employées, selon la période :

- la méthodologie GMA de 2001 pour les données de 1995-1996 à 1996-1997;
- la méthodologie GMA de 2002 pour les données de 1997-1998 à 2002-2003;
- la méthodologie GMA de 2003 pour les données de 2003-2004 à 2005-2006;
- la méthodologie GMA+ de 2006 pour les données de 2006-2007;
- la méthodologie GMA+ de 2012 pour les données de 2007-2008;
- la méthodologie GMA+ de 2013 pour les données de 2008-2009 à 2012-2013.

Cette différence méthodologique complique l'établissement de comparaisons significatives de la PCR selon l'exercice, mais permet tout de même une répartition relativement raisonnable des activités reliées aux patients hospitalisés selon le groupe d'âge.

La méthodologie GMA+, mise à jour chaque année, est utilisée depuis 2013-2014.

Les données sur les cas pondérés provenant de la BDCP et la BDMH ne s'appliquent qu'aux patients hospitalisés pour des soins de courte durée. Pour le moment, seuls certains établissements dans quelques provinces fournissent des données sur les cas pondérés pour la majorité des soins ambulatoires dispensés en milieu hospitalier (c.-à-d. les chirurgies d'un jour, les services d'urgence et les cliniques). Néanmoins, les cas pondérés relatifs aux patients hospitalisés pour des soins de courte durée servent d'approximation pour répartir les estimations des dépenses hospitalières financées par les gouvernements provinciaux et territoriaux, ce qui englobe les soins aux patients hospitalisés et les soins ambulatoires. L'ICIS a procédé à une analyse afin de déterminer s'il était raisonnable que les données sur les patients hospitalisés pour des soins de courte durée servent d'approximation pour répartir les dépenses hospitalières globales des gouvernements provinciaux et territoriaux. L'ICIS a comparé les cas pondérés de 1998-1999 calculés à partir du fichier sur les soins ambulatoires de l'Alberta avec les cas pondérés des patients hospitalisés pour des soins de courte durée de l'Alberta provenant de la BDCP et de la BDMH. Cette analyse a permis de conclure que la répartition des cas pondérés des soins ambulatoires présente des différences par rapport aux cas pondérés des patients hospitalisés, surtout en ce qui concerne les personnes âgées. La combinaison des cas pondérés des soins ambulatoires avec les cas pondérés des patients hospitalisés produit des dépenses par habitant pour les personnes âgées moins élevées que si l'on avait seulement utilisé les cas pondérés des patients hospitalisés.

Les données provenant de la BDCP et de la BDMH couvrent les 10 provinces et ainsi que les territoires combinés; nous avons combiné les territoires en raison du petit nombre d'établissements. Le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut (1999 et après) ont été répartis en fonction d'une distribution territoriale combinée et de la population. Pour les exercices 1995-1996 à 1997-1998, les données de la BDCP pour l'Île-du-Prince-Édouard et la Saskatchewan représentaient environ 85 % du nombre total d'hospitalisations pour des soins de courte durée dans chacune des provinces; toutefois, depuis 1998-1999, ce pourcentage a atteint 100 % dans les 2 provinces. Comme le Québec ne disposait pas de données pour la période de 2002-2003 à 2006-2007 ni le Manitoba pour 2003-2004, on a effectué des estimations à partir d'une analyse de la série historique.

Il est recommandé de faire preuve de prudence dans la comparaison des estimations des dépenses selon l'âge et le sexe entre provinces, surtout en ce qui concerne le Manitoba et le Québec. Les données sur l'utilisation des soins hospitaliers du Manitoba ne sont pas déclarées à l'ICIS comme le sont celles des autres provinces et territoires. En plus des soins de courte durée pour les patients hospitalisés, les cas pondérés du Manitoba incluent les soins chroniques, les soins de réadaptation et les soins hospitaliers de longue durée, ce qui a pour effet d'accorder plus de poids aux groupes de personnes âgées et par le fait même de créer des dépenses plus élevées pour ces groupes d'âge. Quant aux données du Québec, elles ne suivent pas les lignes directrices de codification de la BDCP, et l'ICIS n'ajuste pas les valeurs de la durée prévue du séjour (DPS) et de la PCR pour celles-ci. Les données sur les cas pondérés attribuées aux données de la BDMH doivent être utilisées avec prudence.

Pour en savoir davantage sur les données de la BDCP et de la BDMH, communiquez avec l'équipe des Bases de données clinico-administratives à bdca@icis.ca ou avec l'équipe des Normes et informations financières de l'ICIS à nif@icis.ca.

Médecins

La répartition selon l'âge et le sexe des dépenses liées aux médecins engagées par les gouvernements provinciaux et territoriaux est fondée sur l'information puisée dans la BDNM de l'ICIS. La BDNM contient des données sur les activités sociodémographiques et sur la facturation des médecins rémunérés à l'acte de même que sur l'âge et le sexe des patients. Les données de la BDNM servent d'approximation pour répartir toutes les dépenses sur les services médicaux tirées de la BDDNS. La BDDNS englobe principalement les honoraires versés par les régimes provinciaux et territoriaux d'assurance maladie aux médecins en pratique privée, mais également d'autres méthodes de paiement, dont les salaires, les vacations et la capitation.

Les données de la BDNM de l'exercice 1996-1997 n'étaient pas disponibles pour la Nouvelle-Écosse. Elles ont donc été estimées à partir des données sur la rémunération à l'acte de la BDNM de 1995-1996 et des taux de croissance de la population selon l'âge et le sexe. De même, on ne disposait pas des données de la BDNM de 1995-1996 pour le Nouveau-Brunswick. À l'instar de la Nouvelle-Écosse, elles ont été estimées à partir des données sur la rémunération à l'acte de la BDNM de 1994-1995 et des taux de croissance de la population selon l'âge et le sexe. On a utilisé les données sur la rémunération à l'acte du Yukon de 1995-1996 et des exercices suivants pour estimer celles des Territoires du Nord-Ouest en appliquant les dépenses par habitant du Yukon liées à la rémunération à l'acte (selon l'âge et le sexe) aux données sur la population des Territoires du Nord-Ouest de 1995-1996 et des années suivantes. À l'instar des Territoires du Nord-Ouest, les données du Nunavut de 1999-2000 et des années suivantes ont été estimées à partir des données du Yukon. Les données ont été recueillies selon l'exercice financier, puis elles ont été converties selon l'année civile (voir [Méthodes de calcul](#)).

Les données fournies par la BDNM pour la dernière année sont des estimations préliminaires.

Autres établissements

Jusqu'en 2015, l'EESBI de Statistique Canada servait à dresser les estimations relatives aux répartitions selon l'âge et le sexe des provinces et territoires dans le cas des autres établissements. Ces établissements, entre autres, pour les délinquants et les itinérants, ont été exclus de la répartition selon l'âge et le sexe. Seuls les établissements subventionnés pour offrir un niveau de soins de type II ou d'un type plus élevé ont été pris en compte dans les estimations. Les soins de ce niveau supposent au minimum une heure et demie par jour sous surveillance médicale ou sous la surveillance d'une infirmière. Le nombre de patients selon l'âge et le sexe et le principal type de soins dispensés par chaque établissement ont servi à produire les répartitions.

Pour un type d'établissement donné, on a pondéré le nombre de patients selon l'âge et le sexe attribué en fonction du type de soins dispensés. Les coefficients de pondération ont été générés au moyen des coûts estimés par patient pour un type précis de soins par rapport au type II. C'est donc dire que les soins de type II servaient de base et avaient un coefficient de pondération de 1. Après avoir attribué des coefficients de pondération au nombre de patients selon l'âge et le sexe, le niveau de soins et le type d'établissement, on a agrégé le nombre de patients, ce qui a permis d'obtenir le nombre pondéré total de patients couverts par le régime provincial ou territorial. Une répartition en fonction de l'âge et du sexe a été générée et ensuite appliquée au chiffre approprié de la province ou du territoire dans la BDDNS pour les autres établissements. L'ICIS a réparti les groupes d'âge de l'EESBI (moins de 10 ans, 11 à 17 ans, 18 à 44 ans, 45 à 64 ans, 65 à 69 ans, 70 à 74 ans, 75 à 79 ans, 80 à 84 ans et 85 ans et plus) en groupes d'âge de 5 ans en fonction de la population et des cas pondérés de la BDCP et de la BDMH.

Au moment de la publication du plus récent rapport de la BDDNS, les données du Québec n'étaient pas disponibles pour l'ensemble des exercices. Nous avons utilisé le nombre pondéré de patients pour le Canada (à l'exception du Québec) de l'EESBI pour estimer la répartition des dépenses de la catégorie Autres établissements du Québec.

Après la suppression de l'EESBI, la répartition provinciale et territoriale de l'âge et du sexe pour les autres établissements en 2016 a été estimée à l'aide de la section du Recensement de 2016 de Statistique Canada sur le type de logement collectif. La présente analyse utilise 2 types de logements collectifs : établissements qui allient les services d'un établissement de soins infirmiers et d'une résidence pour personnes âgées; établissements de soins pour bénéficiaires internes comme un foyer collectif pour personnes ayant une incapacité ou une dépendance. Depuis 2017, le profil des résidents dans le Système d'information sur les soins de longue durée (SISLD) de l'ICIS sert à estimer la répartition selon l'âge et le sexe pour la catégorie Autres établissements.

Médicaments

Les dépenses en médicaments prescrits des gouvernements provinciaux et territoriaux englobent principalement les médicaments offerts dans le cadre de programmes provinciaux et territoriaux de subvention des médicaments. Le niveau de couverture de ces programmes varie à l'échelle du pays. Les régimes universels de médicaments prévoyant une couverture au premier dollar pour l'ensemble de la population ne sont actuellement offerts dans aucune province et aucun territoire. La plupart des régimes des gouvernements provinciaux et territoriaux couvrent les médicaments prescrits aux aînés et aux prestataires de bien-être social. Le Manitoba, la Saskatchewan et la Colombie-Britannique offrent une certaine forme de couverture à tous les résidents avec divers niveaux de franchises substantielles et une quote-part. De même, le Québec a mis sur pied un régime universel en 1997 qui exige que les résidents québécois soient assurés par le régime provincial si un régime collectif privé, offert habituellement par un employeur, n'est pas disponible.

L'ICIS a demandé d'obtenir les réclamations versées au cours d'une année donnée selon l'âge et le sexe pour chaque régime de médicaments subventionné par les provinces et territoires. Certaines données commençant en 2005-2006 ont été fournies par le SNIUMP. Les données sur les réclamations de médicaments versées selon l'âge et le sexe du Québec, des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut ne sont pas actuellement disponibles.

La répartition selon l'âge et le sexe des dépenses en médicaments de Terre-Neuve-et-Labrador repose sur les données fournies par le programme des médicaments sous ordonnance de la province (NLPDP). Les données recueillies par le NLPDP portent sur 5 régimes principaux (Foundation, 65Plus, Access, Assurance et Select Needs) et sur les demandes de remboursement de médicaments sous ordonnance payées par le ministère de la Santé et des Services communautaires. Avant 2007-2008, certains régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick étaient utilisés comme modèles d'approximation pour la répartition selon l'âge et le sexe des dépenses en médicaments de la province, selon les critères d'admissibilité applicables.

La répartition selon l'âge et le sexe des dépenses en médicaments de la Nouvelle-Écosse repose sur les données fournies par le Seniors Pharmacare Program de la province et les demandes de remboursement de médicaments sous ordonnance payées par le ministère des Services communautaires par l'intermédiaire de l'Income Assistance Program, du Family Benefits Program et du Family Pharmacare Program.

Jusqu'en 2007-2008, la répartition selon l'âge et le sexe des dépenses en médicaments du Nouveau-Brunswick était réalisée au moyen de demandes spéciales de données auprès du Plan de médicaments sur ordonnance de la province. Depuis 2008-2009, cette répartition repose sur les données du SNIUMP.

Jusqu'en 2009, le MSSS du Québec présentait les données sur son régime de médicaments subventionnés par année civile. Depuis 2010, les données selon l'âge et le sexe du régime d'assurance médicaments du Québec, accessibles sur le site Web de la RAMQ, sont utilisées pour effectuer la répartition des dépenses en médicaments de la province. Le régime prévoit une protection pour les aînés, les prestataires de la sécurité du revenu et d'autres personnes. Les données de 1997 et des années suivantes portent également sur un groupe client général représentant les bénéficiaires pour lesquels les réclamations de médicaments sont payées par le Fonds de l'assurance médicaments autofinancé grâce au paiement de primes par les personnes qui adhèrent au régime plutôt que par le gouvernement provincial. Par conséquent, la répartition selon l'âge et le sexe relative à ce groupe est exclue du programme du gouvernement provincial^{vii}.

Le programme d'assurance médicaments de l'Ontario présente des données sur l'âge et le sexe, qui englobent une combinaison de réclamations sur les médicaments prescrits payées par le ministère de la Santé, le ministère des Soins de longue durée et le ministère des Services communautaires, de même que des données pour le régime d'assurance médicaments Trillium, qui a été mis en œuvre en avril 1995. Le programme spécial sur les médicaments ne présente pas de profil pour l'âge ou le sexe; les dépenses s'y rattachant sont donc appliquées à la répartition des régimes de l'assurance médicaments de l'Ontario. Les données du SNIUMP sont utilisées depuis 2014 pour répartir selon l'âge et le sexe les dépenses en médicaments de l'Ontario.

Jusqu'en 2004, la répartition selon l'âge et le sexe des dépenses en médicaments du Manitoba reposait sur les données fournies par la province. Le Manitoba n'a pas été en mesure de présenter des données pour 1996-1997 en raison de la conversion, dans le réseau d'information des programmes sur les médicaments (DPIN), d'un système basé sur l'année civile à un système fondé sur l'exercice financier. Cette conversion a engendré la création d'un exercice de 15 mois, soit de janvier 1996 à avril 1997. Les données sur les réclamations

vii. Pour obtenir des renseignements supplémentaires, se reporter à la définition des caisses de sécurité sociale dans la section [Concepts et définitions](#) du présent document.

de médicaments payées pour 1997-1998 et les exercices suivants ont été présentées par le régime d'assurance médicaments du ministère de la Santé. Les données du régime d'assurance médicaments du ministère des Services familiaux, Division de l'emploi et de l'aide au revenu, ont été fournies pour 1997-1998 et les exercices suivants. Les chiffres déclarés pour le Manitoba en 1997 s'appuient sur les données de l'exercice 1997-1998. Les données du SNIUMP sont utilisées depuis 2005 pour répartir selon l'âge et le sexe les dépenses en médicaments du Manitoba.

La répartition selon l'âge et le sexe des dépenses en médicaments de la Saskatchewan repose sur les données par année civile fournies par la Direction du régime d'assurance médicaments et des prestations de la Saskatchewan.

De 1995-1996 à 2002-2003, la répartition selon l'âge et le sexe des dépenses en médicaments de l'Alberta reposait sur les données fournies par le ministère de la Santé de la province. Ces données provenaient des 4 régimes d'assurance médicaments de l'Alberta : Aînés, Pension des veufs et veuves, Régime ordinaire et Soins palliatifs. Le ministère des Ressources humaines et de l'Emploi de l'Alberta a fourni des données sur ses dépenses en médicaments d'ordonnance au titre des programmes sur l'emploi et l'aide au revenu (il s'agissait auparavant de Famille et Services sociaux de l'Alberta) pour 1995-1996 à 1998-1999, 2000-2001 et les exercices suivants. La répartition selon l'âge et le sexe concernant le régime d'assurance médicaments de 1999-2000 du ministère des Ressources humaines et de l'Emploi de l'Alberta s'appuie sur les données de 1998-1999. De 2003-2004 à 2006-2007, le calcul de la répartition selon l'âge et le sexe était fondé sur les données de 2002-2003 pour 4 régimes d'assurance médicaments de l'Alberta. Les données du SNIUMP sont utilisées depuis 2007 pour répartir selon l'âge et le sexe les dépenses en médicaments de l'Alberta.

De 1996 à 2014, le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique a présenté des données sur les réclamations payées selon l'âge et le sexe du client par année civile, pour chacun des régimes administrés par son programme PharmaCare. Les dépenses relatives aux régimes de médicaments de la Colombie-Britannique dans la BDDNS ont été converties selon l'année civile pour ensuite être appliquées à la répartition des données pertinentes fournies par la province. Les données du SNIUMP sont utilisées depuis 2015 pour répartir selon l'âge et le sexe les dépenses en médicaments de la Colombie-Britannique.

Jusqu'en 2014, la répartition selon l'âge et le sexe des dépenses en médicaments du Yukon reposait sur les données fournies par le ministère de la Santé et des Affaires sociales du territoire. Ces données comprenaient les réclamations de dépenses en médicaments de 3 régimes d'assurance médicaments administrés : pour les enfants, les aînés et la prise en charge des maladies chroniques. Les données de 1995-1996 à 2004-2005 ont été fournies pour chaque régime, à l'exception de celui pour les enfants, qui a été introduit en 1997-1998. Les données du SNIUMP sont utilisées depuis 2015 pour répartir selon l'âge et le sexe les dépenses en médicaments du Yukon.

La répartition selon l'âge et le sexe des dépenses en médicaments des Territoires du Nord-Ouest repose sur les données fournies par le ministère de la Santé et des Services sociaux du territoire.

Les dépenses en médicaments du Nunavut sont fondées sur la répartition selon l'âge et le sexe applicable aux régimes d'assurance médicaments des Territoires du Nord-Ouest.

Les estimations des dépenses en médicaments des gouvernements provinciaux et territoriaux au niveau des programmes sont attribuées à un groupe d'âge donné selon la valeur du total des réclamations payées. Dans les provinces dotées de plus d'un régime, on a combiné les programmes répartis selon l'âge et le sexe pour obtenir une estimation totale des dépenses de la province. La plupart des données ont été recueillies selon l'exercice financier, puis elles ont été converties selon l'année civile (voir [Méthodes de calcul](#)).

Autres professionnels

Les gouvernements provinciaux et territoriaux offrent divers services de santé fournis par des professionnels de la santé autres que les médecins, principalement des dentistes, des optométristes, des chiropraticiens et des physiothérapeutes. Toutes les provinces proposent un éventail de programmes pour les personnes âgées et les enfants ainsi que des programmes pour les prestataires de l'aide au revenu. Toutefois, les services offerts varient considérablement. De plus, les populations ciblées, le montant des franchises et la participation aux coûts varient d'une province et d'un territoire à l'autre. L'ICIS a demandé à chaque province et territoire de présenter des données sur les réclamations payées par les gouvernements provinciaux et territoriaux dans une année donnée, selon l'âge, le sexe et le type de services fournis par les autres professionnels de la santé. Des précisions sur la disponibilité des données et les méthodes d'estimation sont données dans les pages qui suivent.

Les données de l'Île-du-Prince-Édouard, du Nouveau-Brunswick et du Nunavut n'étaient pas disponibles. Les autres provinces et territoires ont été en mesure de présenter des données selon l'âge et le sexe pour environ 75 % ou plus des services fournis par les autres professionnels. Lorsqu'une province ou un territoire était dans l'impossibilité de fournir des données pour tous les services, l'ICIS a estimé la répartition selon l'âge et le sexe relative à ces services en se rapportant aux données des programmes des autres provinces et territoires qui présentaient des similarités quant aux montants de la couverture et aux critères d'admissibilité. Les répartitions selon l'âge et le sexe des dépenses de la catégorie Autres professionnels ont été estimées pour l'Île-du-Prince-Édouard et le Nouveau-Brunswick (1998 et les années suivantes) et pour le Nunavut (1999 et années suivantes). Dans le cas de l'Île-du-Prince-Édouard, la répartition selon l'âge et le sexe des dépenses pour les soins dentaires a été fondée sur le régime de soins dentaires de Terre-Neuve-et-Labrador pour les bénéficiaires âgés de 3 à 16 ans. De même, les dépenses pour les soins dentaires du Nouveau-Brunswick relatives au régime d'aide au revenu des jeunes ont été estimées

à partir du régime de soins dentaires de Terre-Neuve-et-Labrador pour les bénéficiaires âgés de 17 ans et moins. La répartition selon l'âge et le sexe relative au régime d'aide au revenu pour les services d'optométrie du Nouveau-Brunswick reposait sur le régime complémentaire de services d'optométrie de Santé Saskatchewan. Comme dans le cas des dépenses en médicaments du Nunavut, les dépenses pour les Autres professionnels du Nunavut étaient fondées sur la répartition selon l'âge et le sexe des Territoires du Nord-Ouest. Les dépenses du Québec pour les services de physiothérapie ont été réparties en combinant la répartition selon l'âge et le sexe des régimes de l'Ontario et de la Colombie-Britannique relatifs aux services de physiothérapie rémunérés à l'acte. Les dépenses du ministère du Développement social et de la Sécurité économique de la Colombie-Britannique et du ministère des Services à la famille du Manitoba pour les soins dentaires et les services d'optométrie ont été réparties selon l'âge et le sexe en fonction des régimes complémentaires de soins dentaires et de services d'optométrie de la Saskatchewan, respectivement. La répartition selon l'âge et le sexe des dépenses du ministère des Ressources humaines de l'Alberta pour les services d'optométrie reposait sur le régime complémentaire de services d'optométrie de la Saskatchewan.

En ce qui a trait aux programmes, les estimations des dépenses des gouvernements provinciaux et territoriaux pour la catégorie Autres professionnels sont attribuées à un groupe d'âge donné en fonction de la valeur des réclamations payées pour ce groupe d'âge par rapport au total des réclamations versées. Dans les provinces et territoires qui comptent plus d'un régime, on a combiné les programmes répartis selon l'âge et le sexe pour obtenir une estimation totale des dépenses de la province ou du territoire pour la catégorie Autres professionnels. La plupart des données ont été recueillies selon l'exercice financier, puis elles ont été converties selon l'année civile (voir [Méthodes de calcul](#)).

Total des dépenses de santé des gouvernements provinciaux et territoriaux selon l'âge et le sexe

Pour normaliser les dépenses totales de santé des gouvernements provinciaux et territoriaux selon l'âge et le sexe, il faut que toutes les catégories de dépenses de chaque province et territoire soient réparties selon l'âge et le sexe. Malheureusement, les répartitions en fonction de l'âge et du sexe ne sont actuellement pas disponibles pour l'ensemble des provinces et territoires. Par conséquent, l'ICIS a dressé des estimations pour les données manquantes en employant les méthodes décrites ci-après.

On a estimé les dépenses en immobilisations de l'ensemble des provinces et territoires en répartissant leurs populations selon l'âge et le sexe. 2 critères ont motivé l'emploi de cette méthode : 1) les investissements de capitaux pour des établissements de soins sont généralement faits pour des années, et les personnes qui n'utilisent pas les services offerts par ces établissements dans une année donnée sont susceptibles d'y avoir recours dans le futur; 2) étant donné qu'on ne peut pas prévoir la maladie, l'existence de telles installations a une certaine valeur pour toutes les personnes qui en auront éventuellement besoin.

Les catégories restantes Administration, Santé publique et Autres dépenses de santé ont également été estimées en se servant des populations des provinces et des territoires réparties selon l'âge et le sexe. Les dépenses liées à la santé publique et à la recherche en santé profitent à l'ensemble de la population; il serait donc difficile de les répartir de façon différente selon l'âge et le sexe. Les dépenses relatives à l'administration des programmes d'assurance sont principalement attribuables aux régimes universels de services hospitaliers et médicaux. Leur répartition suivant la population plutôt que l'utilisation repose sur le fait que ces dépenses sont surtout composées des coûts relatifs aux systèmes d'inscription pour les résidents admissibles, qui couvrent l'ensemble de la population, et des coûts relatifs au traitement des demandes. On ne juge pas que la décision de répartir les autres dépenses de santé suivant la population soit une source d'erreur importante pour les répartitions des dépenses totales des provinces et territoires.

Normalisation des dépenses des gouvernements provinciaux et territoriaux selon l'âge et le sexe

Pour normaliser les dépenses en fonction de l'âge et du sexe, l'ICIS a utilisé une méthode directe. On a calculé les dépenses normalisées par catégorie en multipliant la population masculine et féminine de chacun des 19 groupes d'âge par les dépenses par habitant de chaque groupe d'âge et pour chacun des sexes, selon la province et le territoire. Les dépenses normalisées pour les 2 sexes ont été agrégées, puis divisées par la population totale du Canada en vue d'obtenir les dépenses normalisées par habitant pour chaque catégorie, selon la province et le territoire.

Principaux changements par rapport aux années précédentes

À mesure que l'on compile la série sur les dépenses nationales de santé, de nouvelles données deviennent disponibles, les méthodes sont peaufinées et les sources de données se trouvent améliorées. Les données sont révisées pour tenir compte de cet enrichissement. La présente section se rapporte aux données publiées en 2022.

Historique des révisions

Secteur des gouvernements provinciaux et territoriaux

Les rajustements apportés aux données de la Colombie-Britannique à partir de 2012 et à celles du Manitoba et des Territoires du Nord-Ouest en 2020 sont principalement attribuables à une amélioration de la méthodologie. Par ailleurs, des rajustements historiques ont été apportés aux données de l'Ontario pour 2019 et 2020 et à celles du Nunavut pour 2020 en raison de nouvelles informations fournies par les ministères.

Tableau 2 Différences par rapport aux données déclarées antérieurement par les gouvernements provinciaux et territoriaux, par province et territoire et au Canada, 2012 à 2020 (en millions de dollars)

Année	T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yn	T.N.-O.	Nun.	Canada
2012	—	—	—	—	—	—	—	—	—	37,1	—	—	—	37,1
2013	—	—	—	—	—	—	—	—	—	49,2	—	—	—	49,2
2014	—	—	—	—	—	—	—	—	—	50,9	—	—	—	50,9
2015	—	—	—	—	—	—	—	—	—	55,2	—	—	—	55,2
2016	—	—	—	—	—	—	—	—	—	58,8	—	—	—	58,8
2017	—	—	—	—	—	—	—	—	—	65,6	—	—	—	65,6
2018	—	—	—	—	—	—	—	—	—	114,6	—	—	—	114,6
2019	—	—	—	—	—	-39,9	—	—	—	157,9	—	—	—	117,9
2020	—	—	—	—	—	272,2	0,7	—	—	249,3	—	-47,2	1,0	476,0

Remarque

— Aucun changement marqué par rapport à l'année précédente.

Source

Base de données nationale sur les dépenses de santé, Institut canadien d'information sur la santé.

Secteur privé

Les rajustements apportés aux données de Terre-Neuve-et-Labrador et de la Colombie-Britannique à partir de 2014, à celles de l'Île-du-Prince-Édouard à partir de 2017 et à celles des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut à partir de 2018 sont attribuables à une amélioration de la méthodologie pour la catégorie Hôpitaux. Par ailleurs, les rajustements apportés à compter de 2019 pour chaque province et territoire découlent d'un changement de source de données pour la catégorie Recherche en santé.

Tableau 3 Différences par rapport aux données déclarées antérieurement par le secteur privé, par province et territoire et au Canada, 2014 à 2020 (en millions de dollars)

Année	T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yn	T.N.-O.	Nun.	Canada
2014	-0,1	—	—	—	—	—	—	—	—	0,2	—	—	—	0,1
2015	-0,1	—	—	—	—	—	—	—	—	-0,3	—	—	—	-0,4
2016	-0,1	—	—	—	—	—	—	—	—	-0,6	—	—	—	-0,6
2017	-0,1	0,2	—	—	—	—	—	—	—	-0,7	—	—	—	-0,6
2018	—	0,1	—	—	—	—	—	—	—	259,2	—	19,8	3,4	282,4
2019	-1,1	—	-7,2	5,2	239,5	152,3	7,6	1,6	-13,4	-23,7	—	6,6	1,1	368,6
2020	2,8	-0,1	-50,0	7,9	167,1	103,0	-3,2	-6,4	27,5	-229,6	-4,6	0,8	-0,1	15,2

Remarque

— Aucun changement marqué par rapport à l'année précédente.

Source

Base de données nationale sur les dépenses de santé, Institut canadien d'information sur la santé.

Secteur des caisses de sécurité sociale

Les rajustements apportés aux données de l'Alberta à partir de 2000 et à celles de la Colombie-Britannique à partir de 2019 sont attribuables à une amélioration de la méthodologie. Par ailleurs, des rajustements historiques ont été apportés aux données de Terre-Neuve-et-Labrador à compter de 2015 en raison de la disponibilité de nouvelles informations.

Tableau 4 Différences par rapport aux données déclarées antérieurement par le secteur des caisses de sécurité sociale, par province et territoire et au Canada, 2000 à 2020 (en millions de dollars)

Année	T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yn	T.N.-O.	Nun.	Canada
2000	—	—	—	—	—	—	—	—	106,0	—	—	—	—	106,0
2001	—	—	—	—	—	—	—	—	129,0	—	—	—	—	129,0
2002	—	—	—	—	—	—	—	—	112,3	—	—	—	—	112,3
2003	—	—	—	—	—	—	—	—	130,0	—	—	—	—	130,0
2004	—	—	—	—	—	—	—	—	116,3	—	—	—	—	116,3
2005	—	—	—	—	—	—	—	—	95,6	—	—	—	—	95,6
2006	—	—	—	—	—	—	—	—	57,8	—	—	—	—	57,8
2007	—	—	—	—	—	—	—	—	63,1	—	—	—	—	63,1
2008	—	—	—	—	—	—	—	—	36,7	—	—	—	—	36,7
2009	—	—	—	—	—	—	—	—	39,5	—	—	—	—	39,5
2010	—	—	—	—	—	—	—	—	55,5	—	—	—	—	55,5
2011	—	—	—	—	—	—	—	—	61,4	—	—	—	—	61,4
2012	—	—	—	—	—	—	—	—	50,4	—	—	—	—	50,4
2013	—	—	—	—	—	—	—	—	53,8	—	—	—	—	53,8
2014	—	—	—	—	—	—	—	—	61,9	—	—	—	—	61,9
2015	-0,6	—	—	—	—	—	—	—	76,0	—	—	—	—	75,4
2016	-0,5	—	—	—	—	—	—	—	48,2	—	—	—	—	47,7
2017	-0,2	—	—	—	—	—	—	—	62,9	—	—	—	—	62,7
2018	-1,6	—	—	—	—	—	—	—	67,7	—	—	—	—	66,1
2019	-1,1	—	—	—	—	—	—	—	110,7	3,4	—	—	—	113,1
2020	-4,0	—	—	—	—	—	—	—	78,5	3,5	—	—	—	78,0

Remarque

— Aucun changement marqué par rapport à l'année précédente.

Source

Base de données nationale sur les dépenses de santé, Institut canadien d'information sur la santé.

Secteur fédéral direct

Les rajustements apportés aux données de chaque province et territoire en 2020 sont attribuables à une amélioration de la méthodologie.

Tableau 5 Différences par rapport aux données déclarées antérieurement par le secteur fédéral direct, par province et territoire et au Canada, 2020 (en millions de dollars)

Année	T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yn	T.N.-O.	Nun.	Canada
2020	5,1	1,5	15,8	15,9	9,9	-20,7	3,7	0,7	-24,8	-3,1	—	0,1	0,1	4,1

Remarque

— Aucun changement marqué par rapport à l'année précédente.

Source

Base de données nationale sur les dépenses de santé, Institut canadien d'information sur la santé.

Données sur les dépenses selon l'âge et le sexe

On a apporté des changements aux répartitions selon l'âge et le sexe figurant dans le rapport de l'année précédente après avoir revu la méthodologie et obtenu de nouvelles données.

Données économiques et démographiques

Statistique Canada a récemment révisé ses estimations démographiques jusqu'en 2020. Les estimations qui figurent dans le rapport de la BDDNS s'appuient maintenant sur les données les plus récentes, soit celles de décembre 2022.

Sources de données

Les estimations sur les dépenses nationales de santé sont compilées à partir des données provenant des sources suivantes.

Secteur des gouvernements provinciaux et territoriaux

- Comptes publics provinciaux et territoriaux et budget principal des dépenses
- Rapports annuels et suppléments statistiques des ministères de la Santé provinciaux et territoriaux, lorsqu'ils sont disponibles
- Rapports annuels de divers organismes, fondations et commissions
- Tableaux spéciaux et données particulières provenant de divers ministères provinciaux et territoriaux déclarant des dépenses de santé

Secteur fédéral direct

- Comptes publics du Canada
- Budget principal des dépenses du Conseil du Trésor du Canada
- Tableaux spéciaux et information précise provenant des organismes suivants :
 - Services aux Autochtones Canada
 - ministère des Anciens Combattants
 - ministère de la Défense nationale
 - Sécurité publique Canada
 - Statistique Canada
 - Citoyenneté et Immigration Canada
 - plusieurs organismes chargés d'administrer les fonds du gouvernement fédéral consacrés à la recherche tels que la Fondation canadienne pour l'innovation, la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé et l'Institut canadien de recherches avancées

Secteur des municipalités

- Tableaux spéciaux de Statistique Canada
- Rapports annuels ou états financiers de diverses villes.

Secteur des caisses de sécurité sociale

- Tableaux spéciaux des dépenses liées à l'aide médicale offerts par les commissions des accidents du travail des provinces et territoires
- Rapports annuels des commissions des accidents du travail des provinces et territoires
- Tableaux spéciaux provenant du MSSS du Québec

Secteur privé

- Part de l'assurance privée :
 - Pour les années de données antérieures à 2018, la portion à but non lucratif est saisie à partir de tableaux spéciaux fournis par les compagnies d'assurance à but non lucratif. À partir de 2018, elle est saisie à partir d'un tableau spécial fourni par l'Association canadienne des compagnies d'assurance de personnes.
 - La portion commerciale est saisie à partir d'un tableau spécial fourni par l'Association canadienne des compagnies d'assurance de personnes.
- Part des dépenses directes des ménages :
 - EDM (anciennement Enquête sur les dépenses des familles), Statistique Canada, sauf pour les catégories suivantes :
 - **Hospitalisation** (revenus rajustés des *services aux patients*) : Rapport annuel des établissements de santé administré par Statistique Canada jusqu'en 1994-1995 et BDCS, administrée par l'ICIS, depuis 1995-1996
 - **Autres établissements** : EESBI ou ESISBI, administrée par Statistique Canada
 - **Médicaments en vente libre et produits d'hygiène personnelle** : Market Review of Selected Drug Categories at Retail, tableau spécial acquis de la firme Nielsen Canada
- Éléments non liés à la consommation :
 - **Hospitalisation** (revenus rajustés autres que ceux tirés des services aux patients) : Rapport annuel des établissements de santé, partie 2, géré par Statistique Canada jusqu'en 1994-1995 et la BDCS à partir de 1995-1996
 - **Dépenses en immobilisations** : Statistique Canada
 - **Recherche en santé** : Association des facultés de médecine du Canada, Statistiques relatives à l'enseignement médical au Canada, dépenses pour la recherche biomédicale et en soins de santé des facultés de médecine du Canada par source de financement

Données sur l'âge et le sexe

- BDCP et BDMH de l'ICIS
- BDNM et SNIUMP de l'ICIS
- Tableaux spéciaux fournis par les ministères provinciaux et territoriaux chargés d'administrer les régimes d'assurance médicaments et les autres programmes de prestation de santé
- EESBI de Statistique Canada
- Section du Recensement de Statistique Canada sur le type de logement collectif

Données économiques et démographiques

- PIB :
 - Tableau 36-10-0222-01 (anciennement CANSIM 384-0038), Statistique Canada
 - Données acquises du Conference Board du Canada (taux de croissance du PIB) pour l'année la plus récente
- Population : Division de la démographie, Statistique Canada
- Dépenses des gouvernements provinciaux et territoriaux : tableaux spéciaux acquis de la Division de la statistique du secteur public de Statistique Canada
- Indices de prix :
 - Données acquises de la Division des comptes des revenus et dépenses et de la Division des prix, Statistique Canada
 - Données acquises du Conference Board du Canada pour l'année la plus récente

Pour nous joindre

Pour de plus amples renseignements, communiquez avec l'équipe des Dépenses nationales de santé par téléphone au 613-241-7860, par télécopieur au 613-241-8120 ou par courriel à bddns@icis.ca.

Annexe

Texte de remplacement pour les figures

Figure 2 : Exactitude des prévisions des dépenses des gouvernements provinciaux et territoriaux, selon l'affectation des fonds

Catégorie de la BDDNS	Hôpitaux	Autres établissements	Médecins	Autres professionnels	Médicaments	Immobilisations	Santé publique	Administration	Autres dépenses de santé	Total
Écart en pourcentage	2,2	-3,7	-0,1	-0,8	-0,9	3,1	15,3	-4,1	-32,0	-1,6

Source

Base de données nationale sur les dépenses de santé, Institut canadien d'information sur la santé.

Figure 3 : Incidence des variations des dépenses de santé après ajustement selon la taille de la catégorie, 2019

Catégorie de la BDDNS	Hôpitaux	Autres établissements	Médecins	Autres professionnels	Médicaments	Immobilisations	Santé publique	Administration	Autres dépenses de santé
Millions de dollars	-155	35	32	-42	113	787	177	43	242

Sources

Institut C.D. Howe. [Commentary No. 566 — There Is No Try: Sustainable Healthcare Requires Reining in Spending Overshoots](#). 2020; Base de données sur les dépenses nationales de santé, Institut canadien d'information sur la santé.

Références

1. Statistique Canada. [Guide des comptes des revenus et dépenses](#).
2. Organisation de coopération et de développement économiques. [Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023](#). 2023.
3. Organisation de coopération et de développement économiques, Eurostat, Organisation mondiale de la santé. [A System of Health Accounts 2011: Revised Edition](#). 2017.
4. Institut canadien d'information sur la santé. [Outil d'évaluation des sources de données de l'ICIS](#). 2017.
5. Statistique Canada. [Transition du Système de gestion financière \(SGF\) aux Statistiques de finances publiques \(SFP\)](#). 2010.
6. Institut C.D. Howe. [Commentary No. 566 — There Is No Try: Sustainable Healthcare Requires Reining in Spending Overshoots](#). 2020.
7. Santé Canada. [Rapport annuel de 2013-2014 sur l'application de la Loi canadienne sur la santé](#). 2014.
8. Institut canadien d'information sur la santé. [Sélection d'indicateurs pancanadiens sur l'accès aux services en santé mentale et en toxicomanie et l'accès aux services à domicile et aux soins communautaires : rapport d'étape](#). 2018.
9. Hollander MJ, Walker ER. [Rapport du projet d'étude sur l'organisation et la terminologie des soins de longue durée](#). 1998.
10. Statistique Canada. [Perspectives sur l'inflation au Canada](#). Consulté le 29 août 2023.
11. Organisation de coopération et de développement économiques. [Panorama de la santé 2019](#). 2019.



ICIS Ottawa

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

ICIS Toronto

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

ICIS Victoria

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

ICIS Montréal

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

icis.ca

39194-0923

