

Note éducative

Facteurs de tendance des coûts des soins de santé

Commission sur les régimes de prestations après emploi

Mai 2012

Document 212031

This document is available in English
© 2012 Institut canadien des actuaires

Les membres devraient connaître les notes éducatives. Les notes éducatives décrivent mais ne recommandent pas une pratique à adopter dans certains cas. Elles ne constituent pas des normes de pratique et sont donc de caractère non exécutoire. Elles ont pour but d'illustrer l'application (qui n'est toutefois pas exclusive) des normes de pratique, de sorte qu'il ne devrait y avoir aucun conflit entre elles. Elles visent à aider les actuaires en ce qui concerne l'application de normes de pratique dans des circonstances spécifiques. Le mode d'application de normes dans un contexte particulier demeure la responsabilité des membres dans le domaine des régimes de retraite.

Note de service

À : Tous les Fellows, affiliés, associés et correspondants de l'Institut canadien des actuaires

De : Phil Rivard, président
Direction de la pratique actuarielle
Jeremy Bell, président
Commission sur les régimes de prestations après emploi

Date : Le 24 mai 2012

Objet : **Note éducative : Facteurs de tendance des coûts des soins de santé**

La présente note éducative a pour but d'aider l'actuaire à établir les hypothèses relatives aux facteurs de tendance des coûts des soins de santé, qu'il est tenu de déterminer en vertu des normes de pratique actuarielle actuelles lorsqu'il donne des conseils sur la situation financière d'un régime d'avantages sociaux postérieurs à la retraite. La note éducative commence d'abord par définir ce qu'on entend par facteur de tendance des coûts des soins de santé, en explique le développement ainsi que les facteurs et les limites à prendre en compte lors d'une évaluation, et elle donne des renseignements détaillés sur les types de taux tendanciels des réclamations s'appliquant aux protections de soins de santé.

Il est reconnu que les facteurs ou les pratiques permettant d'établir les hypothèses actuarielles seraient définis en fonction du but premier de l'évaluation, en tenant compte de toutes les normes et règlements applicables. En conséquence, tous les facteurs considérés dans la présente note éducative peuvent ne pas être appropriés pour une situation particulière.

Conformément à la Politique sur le processus officiel d'approbation de matériel d'orientation autre que les normes de pratique de l'Institut, la présente note éducative a été préparée par la Commission sur les régimes de prestations après emploi et a fait l'objet d'une approbation officielle par la Direction de la pratique actuarielle le 2 mai 2012 à des fins de diffusion.

Tel qu'il est indiqué à la sous-section 1220 des normes de pratique : « *L'actuaire devrait connaître les notes éducatives pertinentes et autres documents de perfectionnement désignés.* » Cette sous-section explique en outre qu'« une pratique que les notes éducatives décrivent dans un cas particulier n'est pas nécessairement la seule pratique reconnue dans ce cas ni nécessairement la pratique actuarielle reconnue dans une autre situation ». De plus, « les notes éducatives ont pour but d'illustrer l'application des normes (qui n'est toutefois pas exclusive), de sorte qu'il ne devrait y avoir aucun conflit entre elles. »

La Commission sur les régimes de prestations après emploi tient à reconnaître la contribution et le leadership de Christiane Bourassa, ancienne présidente de la commission, à l'égard de l'élaboration de la présente note éducative.

Pour toute question ou commentaire au sujet de la présente note éducative, veuillez communiquer avec Jeremy Bell à l'adresse du répertoire des membres de l'ICA, jeremy@bellactuarial.com.

PR, JB

TABLE DES MATIÈRES

1. INTRODUCTION	4
2. DÉFINITION DU FACTEUR DE TENDANCE DES COÛTS DES SOINS DE SANTÉ	5
3. COMPOSANTES DES FACTEURS DE TENDANCE DES COÛTS DES SOINS DE SANTÉ.....	5
Facteurs de tendance des coûts des soins de santé généraux.....	6
Facteurs de tendance des coûts des soins de santé propres aux régimes.....	6
4. FACTEURS DE TENDANCE COMBINÉS ET RELATIFS À UNE PROTECTION PARTICULIÈRE	7
Hypothèse sur le vieillissement et les facteurs de tendance	7
Facteurs de tendance combinés	8
Facteurs de tendance relatifs à une protection particulière.....	8
5. ÉTABLISSEMENT DES FACTEURS DE TENDANCE DES COÛTS DES SOINS DE SANTÉ.....	8
Facteurs nationaux et mondiaux.....	9
<i>Inflation générale, inflation médicale et effet de substitution</i>	9
<i>Attitudes et comportements</i>	10
<i>Politique gouvernementale</i>	10
<i>Produit intérieur brut</i>	10
<i>Profil démographique de la population et recherche pharmaceutique</i>	11
<i>Technologie</i>	11
<i>Accès aux soins de santé et aux fournisseurs de soins de santé</i>	11
<i>Sensibilisation nationale et publicité à propos des questions de soins de santé</i>	12
Facteurs de tendance des coûts des soins de santé dans le secteur privé.....	12
Facteurs propres aux régimes	12
<i>Dispositions du régime</i>	12
<i>Rémunération totale ou viabilité financière du modèle d'affaires de l'entreprise</i>	13
<i>Existence d'un syndicat</i>	13
<i>Situation géographique des services de soins de santé</i>	13
Facteurs de tendance initiaux des coûts des soins de santé à court terme	13
<i>Expérience antérieure récente</i>	13
<i>Taille du groupe</i>	14
<i>Dispositions du régime</i>	14
<i>Modifications anticipées du régime</i>	14
Facteurs de tendance des coûts des soins de santé à long terme	14
Transition entre le facteur de tendance initial à court terme et le facteur de tendance à long terme....	17
6. LIMITES.....	18
Tendances à long terme antérieures et futures.....	18
Viabilité des facteurs de tendance	19
Événements futurs imprévus	19
ANNEXE	20

1. INTRODUCTION

Les régimes d'avantages sociaux postérieurs à l'emploi permettent aux employés qui ont cessé d'être actifs de continuer à bénéficier de régimes d'assurance collective tels que l'assurance-vie et l'assurance-maladie (soins de santé et soins dentaires). La plupart du temps, ces protections sont offertes à la retraite, mais elles peuvent aussi être offertes lors d'une cessation d'emploi avant la retraite ou d'un congé, en raison, par exemple, d'une invalidité ou d'un congé sabbatique.

Les promoteurs de régimes sont tenus de déclarer le coût de ces protections dans leurs états financiers selon la comptabilité d'exercice. Il existe d'autres raisons, mise à part l'information financière, pour lesquelles un promoteur de régime peut demander une évaluation actuarielle de ces protections, par exemple, à des fins de provisionnement, pour estimer le coût d'une modification au régime, pour établir un budget ou dans le cadre d'une fusion ou d'une acquisition.

L'évaluation actuarielle nécessite la formulation de nombreuses hypothèses qui servent à déterminer les paiements futurs prévus liés à ces protections. Ces hypothèses portent soit sur la survie, par exemple sur les taux futurs de mortalité, de retraite et de cessation d'emploi, soit sur la détermination des paiements des prestations futures. Pour la plupart de ces hypothèses, il existe des pratiques actuarielles, des données ou des normes de l'industrie bien établies, auxquelles les actuaires peuvent facilement accéder pour orienter leurs choix d'hypothèses. Ce n'est toutefois pas encore le cas pour les hypothèses relatives aux facteurs de tendance des coûts des soins de santé qui sont utilisées pour déterminer les paiements des prestations futures de soins de santé.

La projection des paiements des prestations de soins de santé, qui consistent généralement en un remboursement des produits ou services réellement utilisés, comporte certaines difficultés en raison des nombreux facteurs influant sur l'utilisation et du fait que, ces dernières années, les coûts des soins de santé ont augmenté à un rythme beaucoup plus rapide que l'inflation générale. En pratique, les actuaires regroupent généralement tous les facteurs influant sur les coûts des réclamations dans une seule hypothèse, que l'on appelle le facteur de tendance des coûts des soins de santé, pour projeter dans l'avenir les données historiques sur le coût des réclamations à des fins de tarification. En ce qui concerne les évaluations, la difficulté réside dans le calcul des facteurs de tendance des coûts des soins de santé sur de longues périodes de projection pouvant atteindre 70 ans ou plus.

La présente note éducative a pour but d'aider l'actuaire à établir les hypothèses relatives aux facteurs de tendance des coûts des soins de santé, qu'il est tenu de déterminer en vertu des normes de pratique actuarielle actuelles lorsqu'il donne des conseils sur la situation financière d'un régime d'avantages sociaux postérieurs à la retraite. La note éducative commence d'abord par définir ce qu'on entend par facteur de tendance des coûts des soins de santé, en explique le développement ainsi que les facteurs et les limites à prendre en compte lors d'une évaluation, et elle donne des renseignements détaillés sur les types de taux tendanciels des réclamations s'appliquant aux protections de soins de santé.

Il est reconnu que les facteurs ou les pratiques permettant d'établir les hypothèses actuarielles seraient définis en fonction du but premier de l'évaluation, en tenant compte de toutes les normes et règlements applicables. En conséquence, tous les facteurs considérés dans la présente note éducative peuvent ne pas être appropriés pour une situation particulière.

2. DÉFINITION DU FACTEUR DE TENDANCE DES COÛTS DES SOINS DE SANTÉ

Le facteur de tendance des réclamations (le « facteur de tendance », le « taux » ou la « tendance ») peut se définir comme étant le facteur de variation du coût annuel des réclamations liées à une protection ou à une catégorie de protections particulières offertes à une population déterminée, exprimé selon un taux par unité d'exposition, par exemple, 15 % par année pour les médicaments sous ordonnance consommés par les retraités.

Les facteurs de tendance des coûts des soins de santé sont souvent utilisés pour projeter les données historiques sur les réclamations sur la prochaine période de renouvellement des régimes collectifs de soins de santé, dans le cadre du processus annuel d'établissement des primes de renouvellement. Dans un tel cas, la période de projection est généralement de court terme.

Dans le cas des régimes de soins de santé postérieurs à la retraite, l'évaluation actuarielle peut exiger la projection des paiements futurs prévus sur des périodes pouvant atteindre 70 ans ou plus, car la période de projection peut couvrir aussi bien les années d'emploi que toutes les années de retraite.

L'hypothèse relative au facteur de tendance des coûts des soins de santé, aux fins des évaluations, comprend donc généralement des taux à court terme qui reflètent l'expérience récente ainsi que des taux à long terme ou ultimes qui tiennent compte des perspectives à long terme, et des taux transitoires qui établissent un pont entre les deux ensembles de taux, p. ex., un taux initial de 15 % par année, réduit de 0,5 % annuellement les années suivantes, pour atteindre un taux ultime de 5 % par année.

Si des données crédibles sont disponibles, les facteurs de tendance des coûts des soins de santé sont généralement déterminés pour les principales catégories de protections, comme les médicaments sous ordonnance, les frais d'hospitalisation ou les soins dentaires. Les taux sont fondés sur les fluctuations historiques et anticipées des coûts des réclamations, et, à la date d'évaluation, ils sont appliqués à ces coûts pour obtenir les coûts des réclamations prévus pour la période de projection.

Selon les normes comptables, le facteur de tendance des coûts des soins de santé divulgués dans les états financiers des entités a besoin d'être mesuré comme étant la variation du coût des produits et services admissibles fournis, ce qui peut produire un résultat différent de celui que l'on obtient si l'on applique la définition ci-dessus. Les actuaires seraient donc tenus d'indiquer clairement comment le facteur de tendance des coûts des soins de santé s'applique au coût des réclamations utilisé dans l'évaluation.

3. COMPOSANTES DES FACTEURS DE TENDANCE DES COÛTS DES SOINS DE SANTÉ

Au Canada, les programmes publics de soins de santé donnent libre accès aux soins médicaux, aux diagnostics et aux soins hospitaliers, et un accès plus restreint aux médicaments sous ordonnance et aux soins dentaires. Les programmes publics sont gérés par les provinces et peuvent différer considérablement d'une province à l'autre sur le plan de la protection offerte et du partage des coûts. Les régimes d'assurance-maladie privés sont donc considérés comme étant complémentaires aux régimes provinciaux et sont généralement conçus de manière à s'intégrer à ces derniers afin d'en combler les lacunes ou d'en améliorer la protection. Pour déterminer les facteurs de tendance relatifs à un régime privé de soins de santé, il faut donc nécessairement tenir

compte des protections offertes par le régime provincial et de la façon dont le régime privé s'intègre au régime public.

Facteurs de tendance des coûts des soins de santé généraux

Les facteurs influant sur le coût et l'utilisation des produits et services de soins de santé sont nombreux.

Pour déterminer les facteurs de tendance des coûts des soins de santé, ces différents facteurs peuvent être classés en trois grandes catégories :

- i) Inflation générale – variation des prix dans l'ensemble de l'économie;
- ii) Inflation réelle des soins de santé – taux réel d'augmentation du coût des produits et services de soins de santé;
- iii) Changements dans l'utilisation – effet combiné des changements de la fréquence d'utilisation des produits et services de soins de santé et du nombre d'unités de produits et services de soins de santé utilisées. Il importe de bien comprendre les raisons de ces changements, ce qui peut inclure les changements relatifs aux éléments suivants :
 - la disponibilité de nouveaux produits et services de santé, p. ex., une nouvelle pharmacothérapie, une nouvelle pratique ou un nouveau traitement ou procédé médical;
 - le comportement de la population générale, p. ex., un mode de vie plus sain, l'utilisation accrue de mesures de prévention ou de dépistage;
 - le moyen de financement des services, p. ex., par le gouvernement ou le secteur privé;
 - l'accès aux services existants, p. ex., temps d'attente réduit pour les chirurgies, utilisation accrue des soins ambulatoires;
 - les caractéristiques démographiques, p. ex., à mesure que la génération du baby-boom prend sa retraite, le profil démographique des retraités peut changer par rapport à celui des années antérieures et influencer sur les facteurs de tendance historiques des réclamations.

Il est souvent difficile d'analyser les différents facteurs séparément lorsqu'on examine l'expérience des réclamations en vue d'établir les facteurs de tendance. En pareils cas, les différents facteurs sont généralement considérés ensemble.

Facteurs de tendance des coûts des soins de santé propres aux régimes

Dans le cas d'un régime particulier d'avantages sociaux postérieurs à la retraite, les éléments ci-dessous peuvent servir à augmenter ou à réduire l'effet de l'une ou l'autre des composantes de la tendance. Ces éléments seraient examinés pour chaque grande catégorie de protections qu'offre le régime.

- i) Les dispositions du régime telles que la coassurance, le partage des coûts, les plafonds annuels ou viagers, l'âge maximal ou la durée maximale des protections, qui ont un impact sur les coûts réels pour lesquels le régime sera responsable.

- ii) Le degré d'intégration du régime avec les régimes gouvernementaux, p. ex., le régime est-il complémentaire aux régimes gouvernementaux en remboursant les franchises, la coassurance ou les coûts dépassant les plafonds établis par le gouvernement, ou exclut-il entièrement toute protection pour laquelle le gouvernement offre une protection, quel qu'en soit le niveau?
- iii) Le niveau de participation, p. ex., les changements prévus dans le pourcentage des personnes admissibles optant pour la protection peut entraîner une modification du niveau attendu du coût en raison de l'antisélection.
- iv) Les statistiques récentes sur les tendances des réclamations au titre du régime.
- v) Les changements importants dans les pratiques de l'employeur qui modifieraient considérablement le profil démographique de son effectif, p. ex., l'adoption d'une politique prévoyant l'embauche exclusive d'employés contractuels qui ne sont pas admissibles aux avantages sociaux postérieurs à la retraite ou la réduction de certaines catégories d'employés admissibles pourrait modifier la composition démographique de l'effectif et influencer sur le facteur de tendance prévu.

4. FACTEURS DE TENDANCE COMBINÉS ET RELATIFS À UNE PROTECTION PARTICULIÈRE

Les coûts des réclamations en soins de santé d'un régime d'avantages sociaux postérieurs à la retraite sont généralement groupés à un certain niveau aux fins de l'analyse des tendances. Le plus souvent, ce groupement se fait en fonction des principales catégories de types de protections et des niveaux de protection, c.-à-d. en fonction de la protection offerte à l'employé seul ou à l'employé et à ses personnes à charge, ce qui reflète la façon dont les régimes collectifs sont généralement tarifés. Les facteurs de tendance des coûts des soins de santé sont donc groupés, en règle générale, de la même manière que pour l'établissement des primes, ou à des niveaux encore plus généraux, p. ex., le regroupement de toutes les protections en soins de santé et de toutes les protections en soins dentaires, et ce, pour tous les âges.

Des facteurs de tendance distincts pour chaque grande composante du coût des soins de santé seraient envisagés lorsque :

- des coûts unitaires distincts sont utilisés pour chaque composante des protections;
- il existe en quantité suffisante des données historiques séparées, crédibles et pertinentes, permettant de cerner les dernières tendances pour chaque composante des protections;
- cette méthode convient dans le contexte d'évaluation (p. ex., il peut ne pas être nécessaire de connaître les facteurs de tendance pour chaque protection, selon les limites de remboursement ou la structure spécifiques du régime).

Hypothèse sur le vieillissement et les facteurs de tendance

En règle générale, le coût des réclamations en soins de santé augmente avec l'âge. S'il est jugé approprié que le coût des réclamations liées à une protection particulière soit différencié en fonction de l'âge, la variation des taux selon l'âge représente la variation prévue des coûts des réclamations attribuable au vieillissement et elle peut être considérée comme hypothèse de vieillissement, et elle diffère de l'hypothèse du facteur de tendance des coûts des soins de santé.

Le facteur de tendance des coûts des soins de santé ne comprendrait donc aucune provision pour le vieillissement. L'actuaire déterminerait si une hypothèse de vieillissement est requise. En règle générale, les régimes qui offrent une protection à partir de la retraite jusqu'à l'âge de 65 ans ne requièrent aucune hypothèse de vieillissement, puisque l'on s'attend à ce que l'âge moyen des retraités demeure relativement stable. Par contre, dans le cas des régimes fermés, l'actuaire tiendrait compte du vieillissement, car il est attendu que l'âge des participants augmente avec le temps.

Facteurs de tendance combinés

Plus le niveau d'agrégation utilisé pour calculer les facteurs de tendance est élevé, plus il importe de reconnaître que les facteurs de tendance reflètent les expositions durant la période d'analyse en fonction du niveau de protection et des principales catégories de protections. Si l'on s'attend à ce que le profil d'exposition ne soit pas comparable dans la période de projection, le facteur de tendance global serait ajusté pour tenir compte des différences dans la composition du profil.

Dans certains cas, des données précises sur les statistiques de réclamations des retraités ne sont pas disponibles ou crédibles; les coûts unitaires sont alors regroupés aux fins de l'évaluation. L'utilisation de facteurs de tendance combinés constitue la seule solution possible en pareils cas.

Facteurs de tendance relatifs à une protection particulière

Les dispositions du régime touchant les diverses composantes des régimes de soins de santé varient largement sur le plan du montant de la protection, du partage des coûts et des règles d'administration des protections. Il s'ensuit que les taux d'utilisation et les facteurs de tendance varient donc considérablement, et qu'il conviendrait peut-être d'établir des facteurs de tendance distincts pour les principales composantes du coût lorsque l'expérience historique séparée pertinente est disponible.

Les principales composantes des coûts comprennent, sans toutefois s'y limiter :

- i) les médicaments sous ordonnance;
- ii) les services d'hospitalisation;
- iii) les services paramédicaux, p. ex., physiothérapie, massothérapie, soins infirmiers à domicile ou soins continus et autres services et équipement médicaux;
- iv) les soins des yeux et de la vue;
- v) les soins médicaux d'urgence à l'extérieur de la province ou du pays;
- vi) les soins dentaires.

5. ÉTABLISSEMENT DES FACTEURS DE TENDANCE DES COÛTS DES SOINS DE SANTÉ

La présente section commence d'abord par donner des renseignements généraux préparant le terrain à l'établissement des facteurs de tendance qui tiennent compte des facteurs nationaux et mondiaux influant sur les tendances, ainsi que des facteurs propres aux régimes. Des statistiques sur les tendances récentes sont également fournies.

Le reste de la section décrit les éléments à prendre en considération pour l'établissement des facteurs de tendance des coûts des soins de santé initiaux à court terme et à long terme, ainsi que pour la période transitoire comprise entre les taux initiaux et à long terme.

Facteurs nationaux et mondiaux

Pour l'établissement des facteurs de tendance des coûts des soins de santé, il importe de tenir compte des facteurs qui influent sur les produits et les services de soins de santé à l'échelle nationale ou mondiale. Il s'agit de tendances en matière de produits et services en soins de santé qui sont indépendantes de la volonté du promoteur de régime, mais qui ont une incidence importante sur le coût des soins de santé.

Inflation générale, inflation médicale et effet de substitution

Dans le passé, l'inflation médicale a toujours été supérieure à l'inflation générale. L'évolution de l'inflation médicale par rapport à l'inflation générale dépend des répercussions des changements récents et à venir dans la substitution de produits et de services moins chers (p. ex., substitution de médicaments génériques à l'expiration des brevets) ou plus chers pour le régime (p. ex., substitution des soins à domicile [payés par les régimes privés] aux soins hospitaliers [payés par les régimes gouvernementaux]). Toutefois, en général, l'inflation médicale a tendance à suivre l'inflation générale majorée d'une marge positive.

Si l'on observe l'évolution des dépenses de santé au Canada entre 1975 et 2008 (figure 1 à l'annexe), nous pouvons constater ce qui suit :

- Les dépenses totales en soins de santé ont augmenté plus vite que l'inflation pendant la majeure partie des 30 années entre 1976 et 2006. Durant cette période, les dépenses de santé corrigées pour l'inflation se sont accrues de 208 % (3,7 % par année en moyenne), et de 61 % durant les dix dernières années de cette période (4,9 % par année en moyenne).
- Si l'on tient compte de la croissance de la population, on estime que l'inflation réelle des soins de santé de 3,7 % par année pour le système de soins de santé canadien est réduite à 2,6 % par année, en raison de la croissance de la population du Canada pendant cette période.
- De 1997 à 2006, on estime l'inflation réelle des soins de santé pour le système canadien à 4,9 % par année, et à 3,9 % par année si l'on tient compte de la croissance de la population canadienne.
- L'inflation réelle des soins de santé susmentionnée tient compte de l'incidence du vieillissement et de l'utilisation ainsi que des écarts entre l'inflation médicale et l'inflation générale. Bien qu'elle soit difficile à quantifier au moyen des données dont on dispose à l'heure actuelle, l'influence du facteur vieillissement semble être considérable.

Le niveau d'augmentation des dépenses publiques diffère de celui des dépenses privées (figure 2 à l'annexe). Les dépenses du secteur privé se répartissent en trois catégories distinctes : les dépenses directes des ménages, les dépenses des sociétés d'assurance (avec et sans but lucratif) et les dépenses autres que la consommation. Les dépenses du secteur public représentent les dépenses gouvernementales.

Attitudes et comportements

Les changements dans les attitudes et les comportements expliquent en partie les tendances historiques à la hausse et peuvent favoriser la croissance des tendances futures. Voici quelques-uns de ces changements :

- Les produits et services de soins de santé offerts par les régimes privés semblent de plus en plus considérés comme un droit plutôt qu'une nécessité « uniquement en cas de besoin médical ».
- L'évolution des perceptions de la société quant à l'utilisation des produits et services de soins de santé, les gens préférant vouloir retarder la mort plutôt que de se laisser mourir dans la dignité et de n'accepter que des soins de convalescence.
- Les changements des comportements et des habitudes influent sur l'état de santé des personnes. Par exemple, la réduction du nombre de fumeurs aura tendance à réduire les facteurs de tendance, alors que l'augmentation de l'obésité, du stress et de la dépression auront tendance à les faire augmenter.
- L'augmentation de la longévité peut être associée à l'offre accrue de produits et services médicaux de plus en plus efficaces et toujours de plus en plus chers.

Politique gouvernementale

Les politiques monétaires et fiscales des gouvernements peuvent avoir des répercussions sur les trois composantes de la tendance des coûts des soins de santé (inflation générale, inflation réelle des soins de santé et utilisation).

Il semble que les modifications législatives ou administratives apportées aux régimes de soins de santé publics aient contribué dans le passé à l'augmentation des tendances des régimes privés, c.-à-d. à une hausse des taux d'utilisation des régimes de soins de santé privés attribuable à la réduction de la protection offerte par les régimes gouvernementaux, à la réduction de l'accès à cette protection ou au gel des plafonds touchant certains produits comme les appareils auditifs.

En 2006, 70 % des dépenses de soins de santé étaient financées par le secteur public. Toutefois, l'importance de la part des coûts prise en charge par le secteur public varie en fonction du type de service (figure 3 à l'annexe).

La part du secteur privé de la totalité des dépenses de santé au Canada a évolué de 1980 à 2001 (tableau 1 à l'annexe).

Ces données permettent de constater que :

- le secteur privé a absorbé une plus grande part des dépenses de santé totales, soit une hausse de 3,5 % entre 1991 et 2001;
- l'augmentation de la part des dépenses de santé totales prise en charge par le secteur privé est plus importante pour la population âgée de 55 ans ou plus : 4,7 % pour le groupe d'âge 55-64 ans, et 6,4 % pour le groupe d'âge 65-74 ans.

Produit intérieur brut

La consommation nationale des divers biens et services est souvent exprimée en pourcentage de son produit intérieur brut (PIB). Le financement des programmes de soins de santé

gouvernementaux peut être limité, directement ou indirectement, par la croissance du PIB et par la part du PIB consacrée aux programmes de soins de santé.

Ces facteurs peuvent exercer des tensions et limiter le facteur d'utilisation des produits et services de soins de santé et donc influencer sur les tendances passées et futures des facteurs de tendance des coûts des soins de santé.

Le poids des dépenses de santé dans le PIB au Canada a évolué au fil du temps (figure 4 à l'annexe). L'augmentation de la part des dépenses de santé dans le PIB, laquelle est passée de 7 % en 1975 à 10,5 % en 2006, se traduit par une tendance annuelle de 1,3 %.

Profil démographique de la population et recherche pharmaceutique

Le vieillissement continu de la population des pays industrialisés a ouvert des marchés pour la recherche pharmaceutique dans des domaines touchant la santé des aînés (p. ex., maladies cardiaques, cancer, arthrite, etc.).

Les augmentations passées et futures du taux de développement de nouveaux médicaments et d'autres produits et services de soins de santé afin de répondre aux besoins de la population vieillissante ont et continueront d'influer sur les trois composantes du facteur de tendance des coûts des soins de santé à long terme.

Les coûts des soins de santé augmentent avec l'âge, demeurant relativement faible avant l'âge de 45 ans puis allant en augmentation par la suite (figure 5 à l'annexe).

Technologie

Les progrès de la technologie et de la médecine peuvent atténuer ou éliminer certaines maladies et conditions médicales (p. ex., la polio et certains cancers) et réduire les facteurs de tendance des coûts des soins de santé.

Toutefois, la technologie peut aussi déboucher sur de nouveaux traitements coûteux de maladies ou des conditions médicales anciennes ou nouvelles (p. ex., médicaments contre le cancer, les maladies cardiaques et le VIH), ce qui augmente l'incidence sur les facteurs de tendance des coûts des soins de santé.

Les répercussions de la technologie sur les facteurs de tendance des coûts des soins de santé sont donc difficiles à prévoir.

Accès aux soins de santé et aux fournisseurs de soins de santé

L'accès aux produits et services de soins de santé dans un pays donné est limité par des facteurs comme la richesse de la nation, les paramètres géographiques et les changements climatiques saisonniers. Les améliorations passées et à venir de la richesse, des transports et des mesures de protection contre le climat ont et continueront d'avoir une incidence sur les facteurs de tendance des coûts des soins de santé.

Les changements futurs dans l'accessibilité des produits et services de soins de santé, par exemple l'adoption à grande échelle du commerce électronique, pourraient à la fois réduire les prix unitaires et augmenter la facilité d'accès et d'utilisation et ainsi justifier des projections qui prévoient une augmentation du coût des soins de santé.

Ici encore, l'incidence des changements à l'accessibilité sur les facteurs de tendance des coûts des soins de santé est difficile à prévoir.

Sensibilisation nationale et publicité à propos des questions de soins de santé

Une sensibilisation et une publicité accrues en matière de santé contribueront sans doute à faire grimper les facteurs de tendance du coût des soins de santé à court terme en raison de l'augmentation de la demande en matière de prévention et de nouveaux traitements, tout en limitant le potentiel de réduction des facteurs de tendance à long terme du fait de l'amélioration de la santé générale de la population.

Facteurs de tendance des coûts des soins de santé dans le secteur privé

Les augmentations annuelles moyennes des dépenses de santé sont indiquées dans le tableau ci-dessous, en dollars constants. Les données sont extraites d'un document de l'Institut canadien d'information sur la santé intitulé *Tendances des dépenses nationales de santé 1975-2008* (Ottawa, 2008, page 103).

	1976-2006	1997-2006
Secteur public	3,5 %	4,7 %
Secteur privé	4,4 %	5,3 %
Total	3,7 %	4,9 %

Ajustée pour tenir compte de la croissance de la population, l'inflation des dépenses de santé s'établissait à 2,6 % par année pour la période de 1976 à 2006 et à 3,9 % par année pour la période de 1997 à 2006.

L'inflation des dépenses de santé dans le secteur privé, ajustée pour la croissance de la population, était de 3,2 % par année pour la période de 1976 à 2006 et de 4,3 % par année pour la période 1997 à 2006.

D'autres ajustements, fondés sur l'augmentation de l'âge de la population et de la part des coûts des soins de santé prise en charge par le secteur privé, sont nécessaires pour pouvoir isoler les facteurs de tendance des coûts des soins de santé dans le secteur privé.

Facteurs propres aux régimes

Il s'agit de facteurs qui sont associés plus particulièrement au régime ou au programme de soins de santé du promoteur de régime.

Dispositions du régime

Les dispositions du régime visant une protection de soins de santé particulière influent directement sur les facteurs de tendance des coûts des soins de santé passés et futurs qui s'y rapportent.

Entre autres dispositions à prendre en compte pour l'établissement des facteurs de tendance, citons les limites maximales annuelles et viagères relatives aux produits et services, les franchises, le niveau de coassurance, la coordination des prestations, ainsi que le libellé du régime qui porte sur la question de savoir si le régime d'assurance actuel n'est pas garanti et sujet à changement dans l'avenir. (Remarque : dans le cas des évaluations comptables, il est

de bonne pratique de ne prévoir aucun changement futur autre que l'apport régulier et ad hoc d'améliorations, par exemple l'adoption d'un nouveau barème d'honoraires de dentistes.)

Rémunération totale ou viabilité financière du modèle d'affaires de l'entreprise

Le plan d'affaires du promoteur de régime concernant la rémunération totale des employés ainsi que la part prise en charge par les protections de soins de santé peuvent influencer sur la conception du régime et restreindre l'utilisation.

La modélisation du coût des protections peut prévoir différents facteurs de tendance afin de prendre en compte les diverses modifications possibles du régime.

Existence d'un syndicat

Il arrive que les taux d'utilisation, passés et futurs, des protections offertes aux employés syndiqués soient différents de ceux que l'on observe chez les employés non syndiqués d'un promoteur de régime.

D'un point de vue contractuel, il peut être plus difficile de modifier les régimes d'assurances d'employés syndiqués que ceux d'employés non syndiqués, ce qui explique les écarts entre les facteurs de tendance des coûts de soins de santé historiques et, lorsque des modifications futures du régime sont prévues, les écarts entre les facteurs de tendance futurs.

Situation géographique des services de soins de santé

Les facteurs de tendance des coûts des soins de santé peuvent varier selon la situation géographique des employés couverts, c'est-à-dire selon la population, selon la province ou le territoire ou selon qu'il s'agisse d'une région urbaine ou rurale. Par exemple, l'expérience passée suggère que les régions urbaines affichent des facteurs de tendance plus élevés que les régions rurales.

Les dépenses de soins de santé varient aussi selon les provinces du Canada (tableau 2 à l'annexe).

Facteurs de tendance initiaux des coûts des soins de santé à court terme

Il peut être approprié d'ajuster les facteurs de tendance des coûts des soins de santé initiaux à court terme pour tenir compte de l'expérience connue propre au régime et des dispositions du régime, ainsi que de l'expérience récente d'autres régimes privés compte tenu de leurs dispositions.

Expérience antérieure récente

Les tendances récentes dans les taux de primes et l'exposition ajustée du coût des réclamations pour le régime évalué et pour d'autres régimes comparables sont des éléments qu'il y a lieu d'examiner pour déterminer les facteurs de tendance initiaux à court terme. Les données historiques auront une incidence sur les décisions concernant le nombre de groupes de protections ayant leurs propres hypothèses tendanciennes ainsi que sur les hypothèses tendanciennes courantes initiales à court terme.

Lorsqu'il existe de l'expérience crédible en quantité suffisante, l'expérience récente des réclamations serait examinée aux fins de l'établissement du facteur de tendance des coûts des soins de santé à court terme. L'actuaire déterminerait alors s'il y a suffisamment de données à l'appui d'une modification de l'hypothèse du facteur de tendance des coûts des soins de

santé pour l'année suivante, par rapport à celle qui avait été adoptée lors de la dernière évaluation visant la même année. Il déterminerait aussi s'il est prévu que la tendance observée se poursuive durant les années à venir.

Taille du groupe

La taille du groupe est un aspect important de la détermination de la pertinence des tendances récemment observées chez un groupe, c'est-à-dire du poids à attribuer à cette expérience récente de tendance par rapport aux hypothèses de tendance générales des groupes de régimes privés dont les dispositions de protections sont comparables.

Dispositions du régime

L'incidence des dispositions du régime suivantes sur le facteur de tendance des coûts des soins de santé serait aussi être prise en compte :

- les plafonds viagers ayant pour but ou pour effet de réduire la couverture du régime des coûts de soins de santé des participants;
- les plafonds annuels ou semestriels relatifs au total des protections ou à une protection particulière comme les soins de la vue, surtout lorsqu'il est probable que la plupart des participants atteignent le plafond annuel chaque année, peuvent aussi avoir pour effet de modifier la couverture des coûts des soins de santé;
- les autres caractéristiques du régime, comme les franchises et les dispositions de partage des coûts, souvent combinées à une protection facultative, sont plus susceptibles d'avoir une incidence sur le taux de coût réel que sur le facteur de tendance initial à court terme, à moins que des modifications n'aient été apportées dernièrement à ces dispositions du régime.

L'incidence des dispositions du régime susmentionnées sur le facteur de tendance des coûts des soins de santé serait déterminée par modélisation des réclamations prévues avec et sans les dispositions particulières du régime. L'ajustement à apporter au facteur de tendance des coûts des soins de santé peut être déterminé d'après les résultats de cette modélisation.

Modifications anticipées du régime

Les modifications suivantes peuvent être anticipées au moment de l'établissement du facteur de tendance des coûts des soins de santé, selon les termes du mandat :

- mesures prises récemment ou prévues par la direction pour renverser les tendances défavorables;
- changement d'assureur (p. ex., peut réduire les coûts à court terme tout en augmentant les tendances à court terme, car le promoteur de régime et son assureur prètent tous deux moins d'importance à la réduction des coûts dans les années suivant le changement d'assureur);
- modification des programmes gouvernementaux (p. ex., retrait de certains services dans les régimes provinciaux).

Facteurs de tendance des coûts des soins de santé à long terme

En accord avec la pratique actuarielle généralement reconnue, il est normal pour l'actuaire de considérer que le niveau d'incertitude au sujet des tendances augmente au fur et à mesure que la

période existant entre la date d'évaluation et la date de versement augmente. En conséquence, il est probablement approprié de dire que les écarts entre les tendances des soins de santé à long terme et les taux d'actualisation à long terme seront plus stables que ceux existant entre les tendances initiales de soins de santé à court terme et les taux d'actualisation initiaux à court terme.

Bien qu'il importe que le facteur de tendance des coûts des soins de santé à long terme soit cohérent avec les autres hypothèses de l'évaluation, particulièrement en ce qui concerne les conditions économiques supposées, la sélection des hypothèses serait conforme à la sous-section 1720 des normes de pratique, en particulier l'exigence voulant que les hypothèses soient intrinsèquement raisonnables à moins que la sélection des hypothèses qui ne sont pas intrinsèquement raisonnables puisse être justifiée. Dans la plupart des cas, les modèles économiques seront fondés sur la hausse de l'indice des prix à la consommation (IPC) ou du PIB prévue et ils supposent un écart approprié entre les facteurs de tendance des coûts des soins de santé et les variables économiques sous-jacentes.

Sous la commandite de la Society of Actuaries (SOA), M. Thomas Getzen, professeur à l'Université Temple, a mis au point un modèle qui constitue l'un des outils facilitant l'examen des facteurs de tendance des coûts des soins de santé à long terme (remarque : ce modèle a été conçu afin de projeter des taux de croissance aux États-Unis). D'autres modèles ou outils peuvent aussi servir à analyser le caractère raisonnable de la proposition d'un facteur de tendance à long terme.

Il est approprié que l'actuaire formule le même nombre d'hypothèses tendancielles à long terme que pour le taux initial à court terme, même si certaines d'entre elles ont la même valeur à long terme.

Les exemples ci-dessous indiquent la sensibilité relative aux hypothèses de soins de santé à court terme et à long terme. Comme on peut le constater dans le premier exemple, pour une personne de 25 ans dont la retraite est prévue à 55 ans, une variation de 1 % du facteur de tendance des coûts des soins de santé à court terme entraîne une variation d'environ 5 % de la valeur actualisée, alors qu'une même variation de 1 % du facteur de tendance des coûts des soins de santé à long terme entraîne une variation de près de 50 % de la valeur actualisée.

Dans le deuxième exemple, pour un retraité de 55 ans, la variation est moins importante. La variation de 1 % du facteur de tendance des coûts des soins de santé à court terme entraîne une variation presque identique de 5 % de la valeur actualisée. La variation de 1 % du facteur de tendance des coûts des soins de santé à long terme entraîne une variation d'environ 10 % de la valeur actualisée.

Tests de sensibilité – Facteurs de tendance des coûts des soins de santé

Les exemples ci-dessous illustrent le degré de sensibilité de la variation du facteur de tendance des coûts des soins de santé à court terme par rapport au facteur de tendance des coûts des soins de santé à long terme.

Hypothèses communes :

- rente viagère pour un homme célibataire, sans période de garantie
- UP94 avec amélioration projetée jusqu'en 2020
- aucun taux de cessation
- rente certaine versée mensuellement, à compter d'une valeur actuelle de 1 \$
- taux d'actualisation de 5 % par année
- diminution linéaire de 10 ans du facteur à court terme au facteur à long terme

EXEMPLE 1

Rente viagère pour un homme de 25 ans, différée de 30 ans.

<u>Tendance à court terme</u>	<u>Tendance à long terme</u>	<u>Valeur actualisée</u>	<u>Montant du paiement annuel</u>		
			<u>Actuel</u>	<u>30 ans</u>	<u>60 ans</u>
9,0 %	4,0 %	22,5 \$	1,0 \$	4,2 \$	13,6 \$
9,0 %	5,0 %	32,7 \$	1,0 \$	5,3 \$	23,0 \$
9,0 %	6,0 %	47,9 \$	1,0 \$	6,7 \$	38,5 \$

<u>Tendance à court terme</u>	<u>Tendance à long terme</u>	<u>Valeur actualisée</u>	<u>Montant du paiement annuel</u>		
			<u>Actuel</u>	<u>30 ans</u>	<u>60 ans</u>
10,0 %	4,0 %	23,6 \$	1,0 \$	4,4 \$	14,4 \$
10,0 %	5,0 %	34,4 \$	1,0 \$	5,6 \$	24,2 \$
10,0 %	6,0 %	50,4 \$	1,0 \$	7,0 \$	40,5 \$

<u>Tendance à court terme</u>	<u>Tendance à long terme</u>	<u>Valeur actualisée</u>	<u>Montant du paiement annuel</u>		
			<u>Actuel</u>	<u>30 ans</u>	<u>60 ans</u>
11,0 %	4,0 %	24,9 \$	1,0 \$	4,7 \$	15,1 \$
11,0 %	5,0 %	36,2 \$	1,0 \$	5,9 \$	25,4 \$
11,0 %	6,0 %	53,0 \$	1,0 \$	7,4 \$	42,6 \$

EXEMPLE 2

Rente viagère non différée pour un homme de 55 ans.

<u>Tendance à court terme</u>	<u>Tendance à long terme</u>	<u>Valeur actualisée</u>	<u>Montant du paiement annuel</u>		
			<u>Actuel</u>	<u>10 ans</u>	<u>30 ans</u>
9,0 %	4,0 %	29,8 \$	1,0 \$	1,9 \$	4,2 \$
9,0 %	5,0 %	32,9 \$	1,0 \$	2,0 \$	5,3 \$
9,0 %	6,0 %	36,6 \$	1,0 \$	2,1 \$	6,7 \$

<u>Tendance à court terme</u>	<u>Tendance à long terme</u>	<u>Valeur actualisée</u>	<u>Montant du paiement annuel</u>		
			<u>Actuel</u>	<u>10 ans</u>	<u>30 ans</u>
10,0 %	4,0 %	31,1 \$	1,0 \$	2,0 \$	4,4 \$
10,0 %	5,0 %	34,4 \$	1,0 \$	2,1 \$	5,6 \$
10,0 %	6,0 %	38,3 \$	1,0 \$	2,2 \$	7,0 \$

<u>Tendance à court terme</u>	<u>Tendance à long terme</u>	<u>Valeur actualisée</u>	<u>Montant du paiement annuel</u>		
			<u>Actuel</u>	<u>10 ans</u>	<u>30 ans</u>
11,0 %	4,0 %	32,5 \$	1,0 \$	2,1 \$	4,7 \$
11,0 %	5,0 %	36,0 \$	1,0 \$	2,2 \$	5,9 \$
11,0 %	6,0 %	40,1 \$	1,0 \$	2,3 \$	7,4 \$

Transition entre le facteur de tendance initial à court terme et le facteur de tendance à long terme

Compte tenu des défis que posent l'établissement de la tendance initiale à court terme et de la tendance à long terme ainsi que la période de transition, la forme de la courbe entre les deux tendances suggère l'adoption d'une approche simple, par exemple une transition linéaire, lorsque la situation s'y prête.

La période entre la date d'évaluation et la date à laquelle le taux ultime à long terme s'applique peut varier selon le type de protections, et en partie selon les dispositions du régime. Toutefois, l'actuaire devrait tenir compte de la sensibilité de cette hypothèse dans les résultats globaux de l'évaluation.

La période de transition dépend à la fois des périodes choisies par d'autres régimes comparables pour le même type de protections, de la période choisie dans l'évaluation précédente et de la pratique généralement reconnue pour l'évaluation des régimes de soins de santé, et elle peut aussi dépendre des modalités particulières du régime, qui sont absentes des régimes comparables.

La période de transition dépend aussi de l'écart entre le facteur de tendance initial à court terme et le facteur de tendance à long terme, c'est-à-dire que plus l'écart est grand, plus il faudra de temps pour que le taux à court terme atteigne le taux à long terme. Lorsque l'actuaire examine l'hypothèse relative à la période de transition, il détermine si cette période devrait rester inchangée ou s'il peut être approprié de la prolonger ou de la réduire.

La période de transition est probablement l'élément pour lequel l'expérience antérieure ou les autres domaines de pratique sont le moins pertinents, et il est possible qu'elle soit plus variable que le facteur de tendance initial à court terme et le facteur de tendance à long terme. Comme on peut le constater dans les exemples ci-dessous, une modification de cinq ans de la période de transition peut faire varier la valeur des protections de 8,5 % à 12,5 %.

Tests de sensibilité – Tendances des soins de santé

Les exemples ci-dessous illustrent le degré de sensibilité de la durée relative de la période de transition entre le facteur de tendance des coûts des soins de santé à court terme et à long terme.

Hypothèses communes :

- rente viagère pour un homme célibataire, sans période de garantie
- UP94 avec amélioration projetée jusqu'en 2020
- aucun taux de cessation
- rente certaine versée mensuellement, à compter d'une valeur actuelle de 1 \$
- taux d'actualisation de 5 % par année
- diminution linéaire du facteur à court terme au facteur à long terme

EXEMPLE 1

Rente viagère pour un homme de 25 ans, différée de 30 ans.

<u>Tendance à court terme</u>	<u>Horizon à long terme</u>	<u>Tendance à long terme</u>	<u>Valeur actualisée</u>	<u>Montant du paiement annuel Actuel</u>	<u>30 ans</u>	<u>60 ans</u>
10,0 %	5 ans	5,0 %	30,6 \$	1,0 \$	5,0 \$	21,5 \$
10,0 %	10 ans	5,0 %	34,4 \$	1,0 \$	5,6 \$	24,2 \$
10,0 %	15 ans	5,0 %	38,7 \$	1,0 \$	6,3 \$	27,2 \$

EXEMPLE 2

Rente viagère non différée pour un homme de 55 ans.

<u>Tendance à court terme</u>	<u>Horizon à long terme</u>	<u>Tendance à long terme</u>	<u>Valeur actualisée</u>	<u>Montant du paiement annuel Actuel</u>	<u>10 ans</u>	<u>30 ans</u>
10,0 %	5 ans	5,0 %	31,3 \$	1,0 \$	1,9 \$	5,0 \$
10,0 %	10 ans	5,0 %	34,4 \$	1,0 \$	2,1 \$	5,6 \$
10,0 %	15 ans	5,0 %	37,4 \$	1,0 \$	2,3 \$	6,3 \$

6. LIMITES

L'une des limites que comporte l'établissement des facteurs de tendance des coûts des soins de santé est la rareté des données crédibles et applicables qui appuient les hypothèses tendanciennes. Cette rareté s'explique par un certain nombre de facteurs.

Tendances à long terme antérieures et futures

Les tendances antérieures des soins de santé ne sont pas nécessairement un bon indicateur des taux tendanciels futurs des coûts des soins de santé, en raison des changements apportés aux programmes gouvernementaux de soins de santé, qui peuvent modifier la part du coût total des soins de santé prise en charge par les régimes privés de soins de santé. Par exemple, si le gouvernement décide de retirer un médicament en vogue de sa liste courante, cela entraînera une hausse des coûts pour les régimes privés dont la liste des médicaments sous ordonnance couverts comprend le produit en question.

Les tendances futures des soins de santé subiront aussi l'influence des comportements des employés en matière de santé et d'habitudes de vie, comme le tabagisme et l'obésité. Une

diminution de la proportion des fumeurs au sein de la population va sans doute réduire les dépenses futures liées au traitement du cancer du poumon, alors qu'une hausse de la proportion des personnes souffrant d'obésité va probablement entraîner une utilisation accrue des soins de santé à long terme.

Les modifications futures des dispositions du régime (améliorations à des fins de concurrence, réductions aux fins du contrôle des coûts, etc.) influenceront aussi directement sur les taux d'utilisation à long terme et sur les pressions inflationnistes sur les produits et services couverts par les dispositions du régime actuel. Toutefois, si le régime est visé par une convention collective, il se peut que les modifications futures au régime soient limitées. L'approche du promoteur du régime en ce qui concerne l'administration et le contrôle des coûts selon les dispositions actuelles des protections du régime peut souvent donner une bonne indication des modifications futures possibles.

Viabilité des facteurs de tendance

À l'exemple des points abordés à la section 5 concernant la part du PIB qui peut être consacrée aux programmes de soins de santé de façon soutenable à long terme, il existe vraisemblablement un seuil de dépenses totales liées à un régime de soins de santé privé, au-delà duquel l'employeur n'est plus en mesure de le soutenir.

Événements futurs imprévus

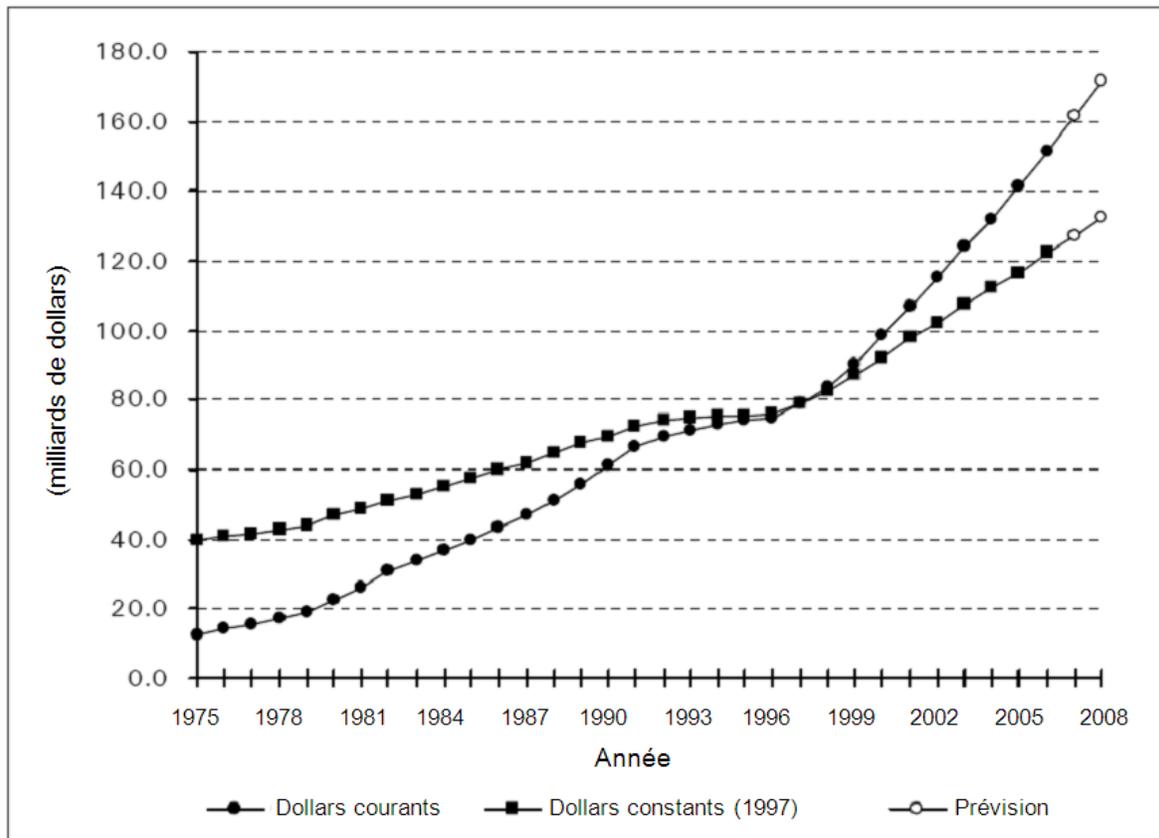
Les développements futurs, qu'ils soient nationaux ou mondiaux, sont difficiles à prévoir, mais ils peuvent avoir des répercussions considérables sur les facteurs de tendance des coûts à long terme d'un régime d'assurance de soins de santé. Il peut s'agir, par exemple, de nouveaux traitements ou procédés, de nouveaux médicaments ou d'une épidémie mondiale (p. ex., grippe H1N1). Ces types d'événements influenceront sur les facteurs de tendance des coûts des soins de santé à long terme, mais leur impact est difficile à quantifier. En règle générale, l'effet anticipé de tels développements sur les facteurs de tendance de soins de santé à long terme serait considéré comme étant proportionnel à la probabilité d'occurrence et à l'importance des répercussions attendues sur l'expérience des réclamations du régime. Selon la nature du travail, la modélisation des futurs événements « chocs » imprévus peut permettre au promoteur de régime de bien comprendre la volatilité possible des coûts de son programme d'assurance.

ANNEXE

Figure 1

Ce graphique est extrait du document de l’Institut canadien d’information sur la santé intitulé *Tendances des dépenses nationales de santé 1975-2008*, Ottawa (Ontario), 2008, page 2¹.

Figure 1 Dépenses totales de santé, Canada, de 1975 à 2008



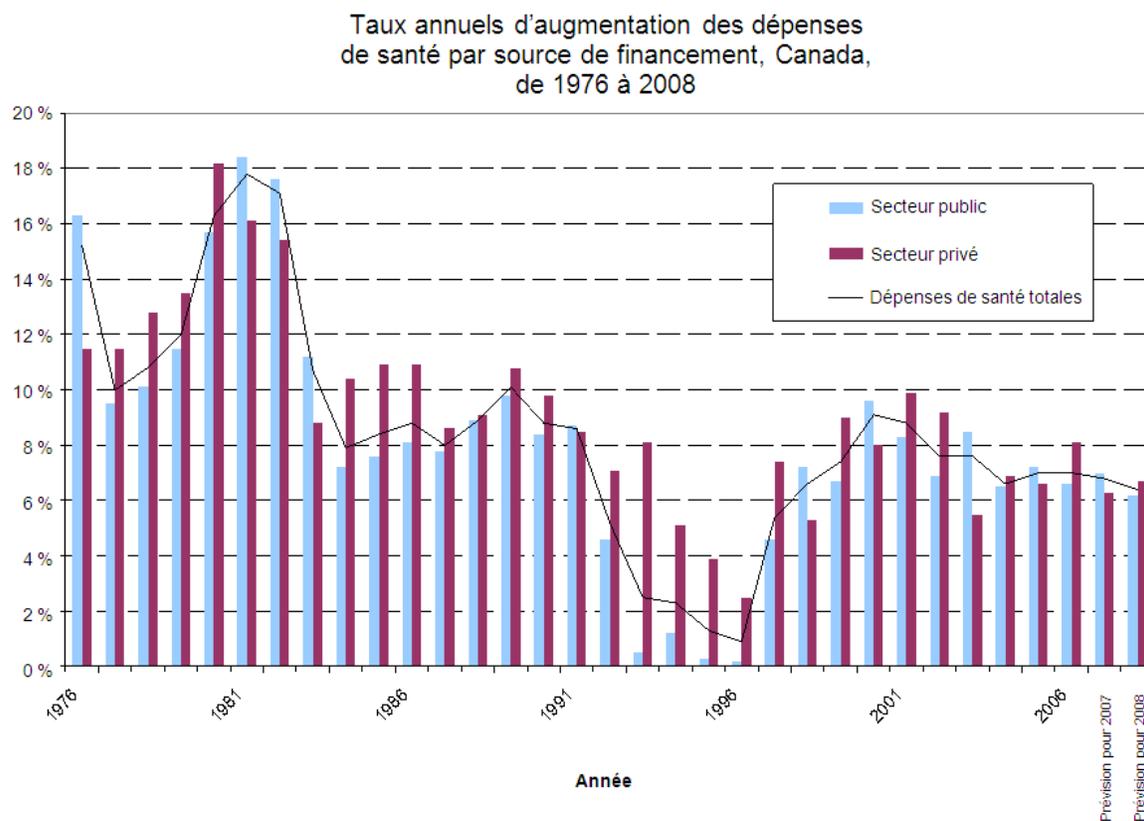
Source

Base de données sur les dépenses nationales de santé, Institut canadien d’information sur la santé.

¹ Reproduit avec la permission de l’Institut canadien d’information sur la santé.

Figure 2

Ce diagramme a été produit à l'aide des données extraites du document de l'Institut canadien d'information sur la santé intitulé *Tendances des dépenses nationales de santé 1975-2008*, Ottawa (Ontario), 2008, page 99².

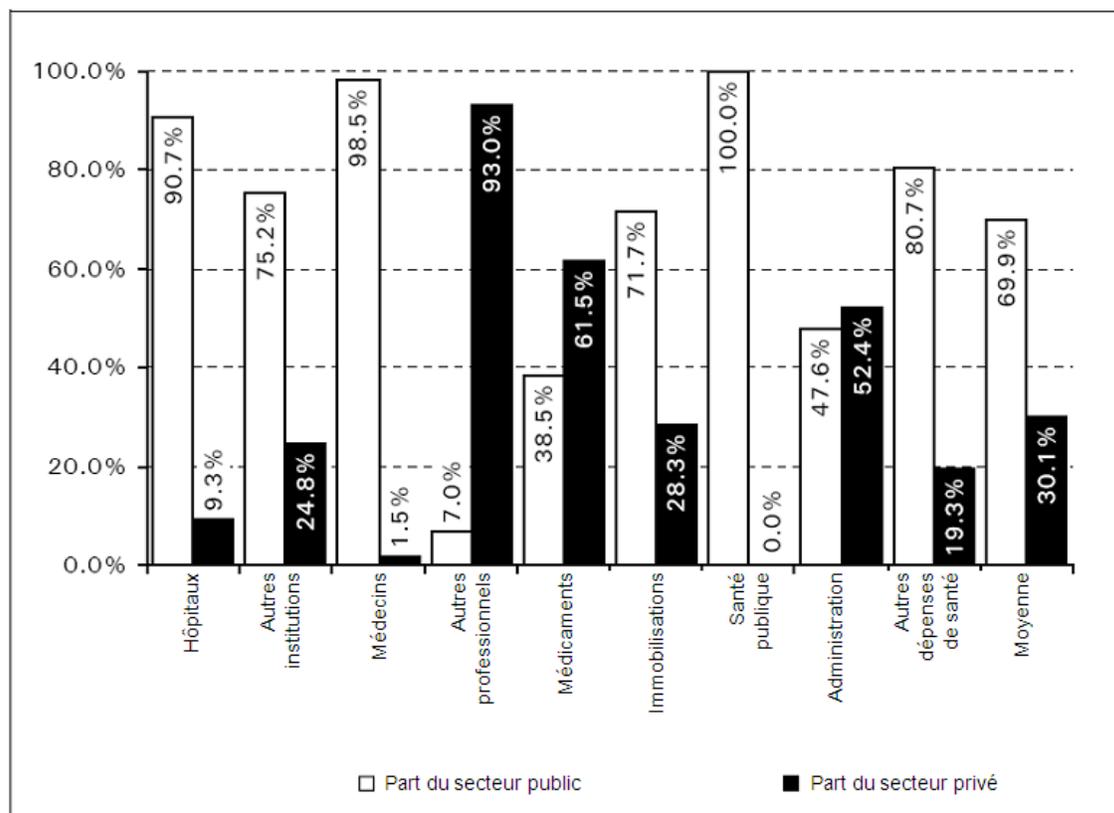


² Reproduit avec la permission de l'Institut canadien d'information sur la santé.

Figure 3

Ce diagramme est extrait du document de l'Institut canadien d'information sur la santé intitulé *Tendances des dépenses nationales de santé 1975-2008*, Ottawa (Ontario), 2008, page 17³.

Figure 12 Total des dépenses de santé des secteurs public et privé selon l'affectation des fonds, Canada, 2006



Source

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

³ Reproduit avec la permission de l'Institut canadien d'information sur la santé.

Tableau 1

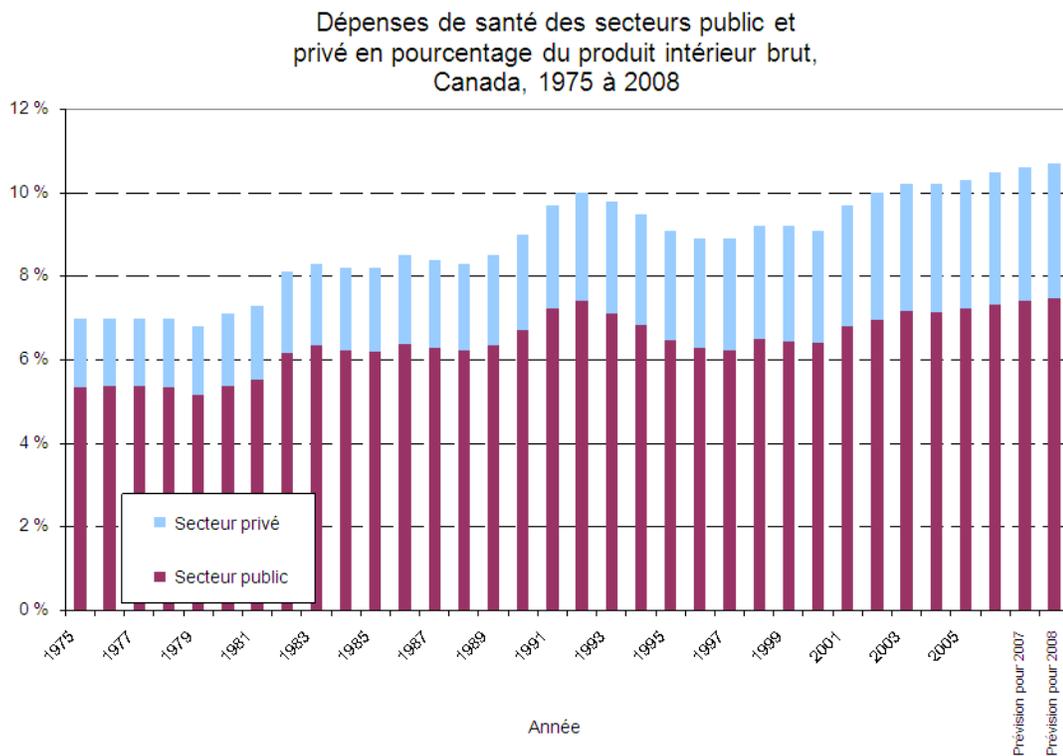
Les données du tableau sont extraites d'un document de Santé Canada intitulé *Dépenses de santé au Canada selon l'âge et le sexe, 1980-1981 à 2000-2001*, page 15.

Incidence de la part du secteur privé des dépenses de santé sur les tendances annuelles*					
Groupe d'âge	% en 1980-1981	% en 1990-1991	% en 2000-2001	1980-1981 à 1990-1991	1990-1991 à 2000-2001
0-14	35,1	36,2	39,8	0,3 %	1,0 %
15-24	21,5	22,4	33,8	0,4 %	4,2 %
25-34	30,8	29,9	27,8	-0,3 %	-0,7 %
35-44	31,9	35,1	36,4	1,0 %	0,4 %
45-54	29,4	34,6	38,8	1,6 %	1,2 %
55-64	24,2	29,1	33,8	1,9 %	1,5 %
65-74	17,1	18,5	24,9	0,8 %	3,0 %
75-84	15,7	15,9	19,6	0,1 %	2,1 %
85+	18,0	17,6	19,4	-0,2 %	1,0 %
[65+]	16,8	17,3	21,3	0,3 %	2,1 %
Total	24,8	25,8	29,3	0,4 %	1,3 %

* L'incidence sur les facteurs de tendance des régimes privés variera en fonction de facteurs comme l'écart entre la croissance du nombre de participants au régime privé par rapport à la croissance de la population, et le fait que la part des soins de santé du secteur privé ne soit pas limitée aux régimes de soins de santé privés.

Figure 4

Ce diagramme a été produit à l'aide des données tirées du document de l'Institut canadien d'information sur la santé intitulé *Tendances des dépenses nationales de santé 1975-2008*, Ottawa (Ontario), 2008, pages 97 et 102⁴.



⁴ Reproduit avec la permission de l'Institut canadien d'information sur la santé.

Figure 5

Ce diagramme est extrait du document de Santé Canada intitulé *Dépenses de santé au Canada selon l'âge et le sexe, 1980-1981 à 2000-2001*, page 13.

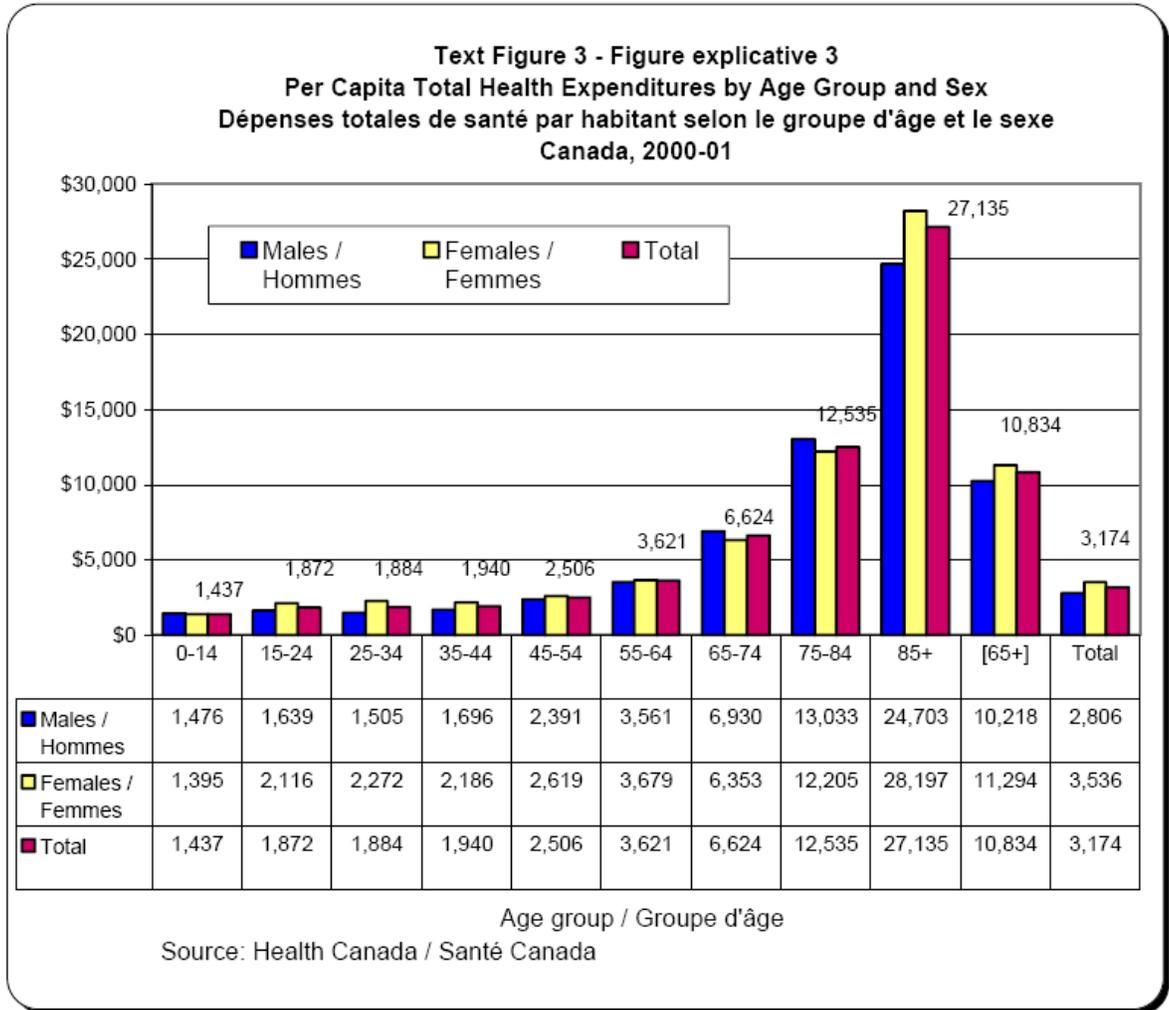
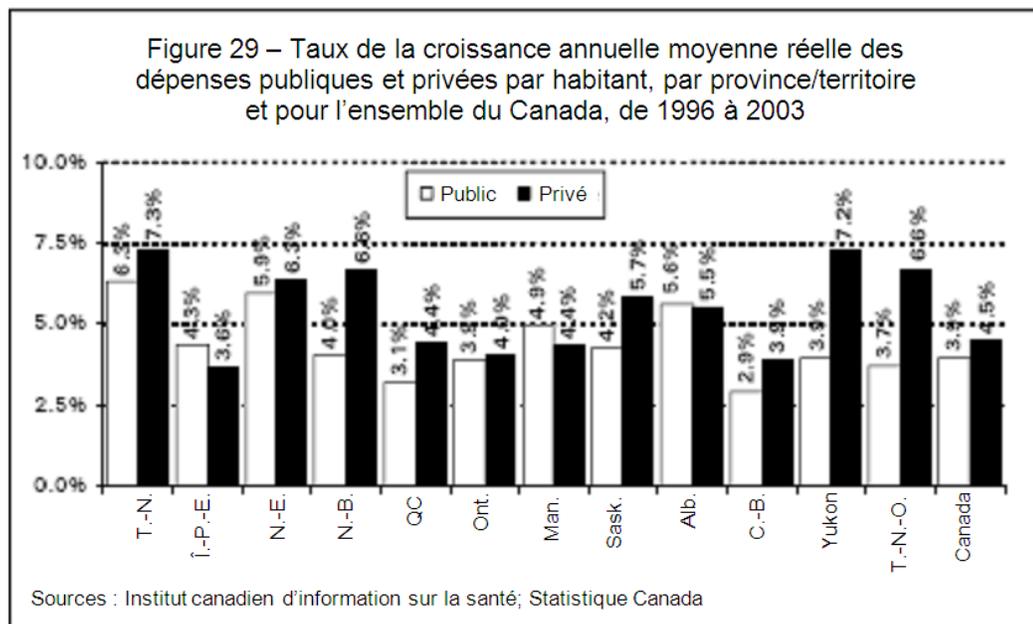


Tableau 2

Ce diagramme est extrait du document de l'Institut canadien d'information sur la santé intitulé *Tendances des dépenses nationales de santé 1975-2008*, Ottawa (Ontario), 2008, page 40⁵.



⁵ Reproduit avec la permission de l'Institut canadien d'information sur la santé.