

Secteur de la santé de l'Ontario

**Analyse des perspectives à moyen terme
et tendances des dépenses**

Hiver 2017

À propos du présent document

Établi en vertu de la *Loi de 2013 sur le directeur de la responsabilité financière*, le Bureau de la responsabilité financière (BRF) a pour mandat de fournir une analyse indépendante de la situation financière de la province, des tendances de l'économie provinciale et de toute autre question relevant de l'Assemblée législative de l'Ontario.

Le BRF réalise des analyses indépendantes à l'initiative du directeur de la responsabilité financière. En réponse aux demandes des députés et des comités de l'Assemblée, le directeur doit aussi estimer les coûts ou avantages financiers pour la province de tout projet de loi ou de toute proposition relevant de la législature.

Le présent rapport a été préparé par le directeur de la responsabilité financière. Pour se conformer au mandat du BRF, soit fournir à l'Assemblée législative de l'Ontario des analyses financières et économiques indépendantes, le rapport ne présente pas de recommandations.

L'analyse a été préparée par Jeffrey Novak, sous la supervision de Peter Harrison, avec l'apport de Luan Ngo.

Le présent rapport a été examiné par un réviseur externe. En apportant ainsi son aide, ce réviseur n'engageait aucunement sa responsabilité envers le produit final; cette responsabilité repose entièrement sur le BRF.



2 Rue Bloor Ouest, Bureau 900
Toronto, Ontario M4W 3E2

416-644-0702
fao-on.org
info@fao-on.org



© Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2016
ISBN 978-1-4606-8964-6 (Imprimé)
ISBN 978-1-4606-8966-0 (En ligne)

Le présent document est aussi disponible dans un format accessible et en version PDF téléchargeable sur fao-on.org.

Crédit photo : © Can Stock Photo Inc. / LeonART

TABLE DES MATIÈRES

1. Points essentiels	1
2. Sommaire	3
3. Introduction	9
4. Taux de croissance des secteurs de programme en santé	
Dépenses et secteurs de programme	11
Taux de croissance de 2001-2002 à 2015-2016	12
Taux de croissance de 2015-2016 à 2018-2019	14
5. Changements aux programmes de santé	
Principaux changements aux programmes	17
La province atteindra-t-elle les cibles de dépenses en santé du budget de 2016?	29
6. Viabilité après 2018-2019	
Tendances des taux de croissance nominal et réel par habitant	33
Quels sont les inducteurs de coûts des dépenses en santé?	35
Résumé : dépenses en santé après 2018-2019	38
7. Conclusions et questions	
Conclusions	41
Questions pour la province	43
8. Annexes	
L'annexe A : Financement et composition des secteurs de programme	45
L'annexe B : Élaboration de ce rapport	58

Tableau des sigles

Sigle	Terme
APP	Alliance pancanadienne pharmaceutique
BRF	Bureau du directeur de la responsabilité financière
CASC	Centre d'accès aux soins communautaires
CSC	Centre de santé communautaire
FCRSS	Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé
FSLD	Foyers de Soins de longue durée
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
IPC	Indice des prix à la consommation
MSSLD	Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
PMO	Programme de médicaments de l'Ontario
RLISS	Réseaux locaux d'intégration des services de santé
SCT	Secrétariat du Conseil du Trésor

1

POINTS ESSENTIELS

- Dans le cadre de son plan visant à équilibrer le budget d'ici 2017-2018, le gouvernement de l'Ontario bride la croissance des dépenses en santé.
- Depuis 2012-2013, la province a réduit le taux de croissance annuel de ses dépenses en santé à environ 2 %, principalement en ralentissant la croissance des programmes du côté des hôpitaux et de l'Assurance-santé de l'Ontario. Parmi les principaux changements aux programmes, on compte un gel des subventions de fonctionnement de base accordées aux hôpitaux de 2012-2013 à 2015-2016 et la réduction des paiements aux médecins en 2013 et en 2015.
- Le BRF estime, d'après les changements apportés aux programmes du secteur de la santé jusqu'à maintenant, que si la province veut atteindre les cibles de dépenses en santé établies dans le budget de l'Ontario 2016, elle devra faire d'autres modifications afin de réaliser des économies de 0,4 G\$ en 2016-2017, de 0,9 G\$ en 2017-2018 et de 1,5 G\$ en 2018-2019.
- Après avoir analysé les tendances de croissance des dépenses et les inducteurs de coûts du secteur, le BRF se questionne sur la viabilité d'un taux de croissance annuel moyen de 2 % après 2018-2019, si la qualité et le niveau des services en santé doivent être maintenus.



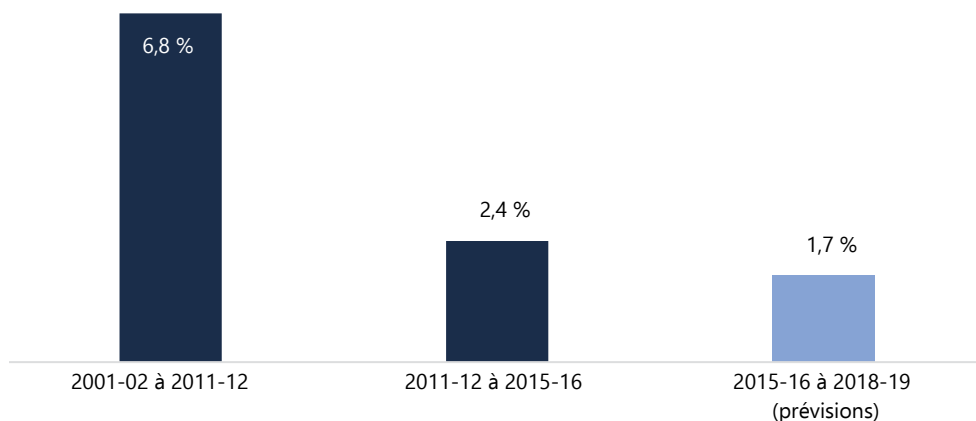
2

SOMMAIRE

Contexte

Le secteur de la santé constitue la plus importante catégorie de dépense du budget ontarien : 51,8 G\$ en 2016-2017, ce qui représente 42,4 % des dépenses de programmes et 38,7 % des dépenses totales (intérêts de la dette compris). Gérer le taux de croissance du secteur de la santé est une part essentielle du plan de la province pour rétablir l'équilibre budgétaire en 2017-2018. Selon les projections du budget de l'Ontario 2016, la croissance annuelle moyenne des dépenses en santé serait de 1,7 % de 2015-2016 à 2018-2019, ce qui est inférieur au taux des quatre dernières années et très inférieur au taux de 6,8 % de 2001-2002 à 2011-2012 (figure A).

Figure A : Dépenses en santé de l'Ontario : taux de croissance annuel moyen



Source : Analyse du BRF des données du MSSLD, du SCT et du budget de l'Ontario 2016.

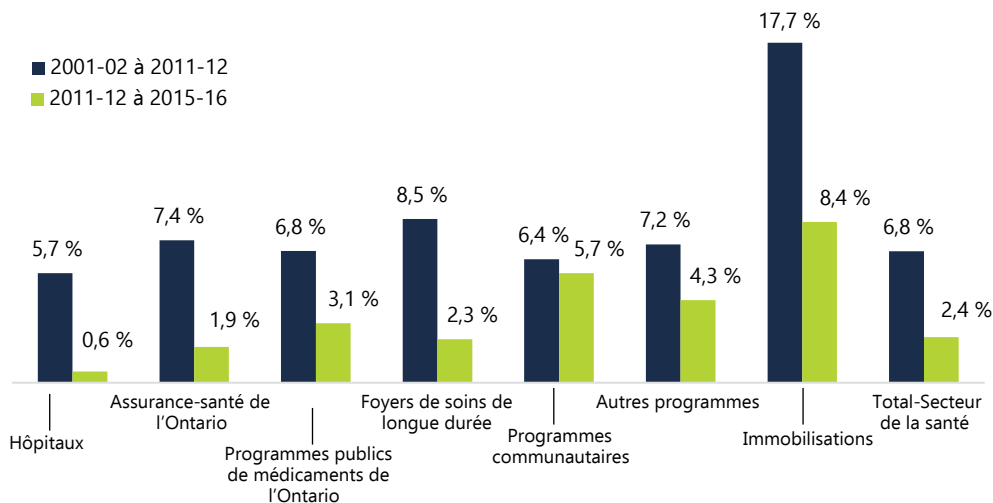
Objet du rapport

Le présent rapport étudie comment la province planifie d'atteindre les cibles de dépenses en santé pour 2016-2017 à 2018-2019 présentées dans le budget de l'Ontario 2016, et évalue s'il sera possible ou non de maintenir le taux de croissance nécessaire à cet objectif au-delà de 2018-2019.

Taux de croissance des dépenses en santé par secteurs de programme

La réduction du taux de croissance annuel moyen des dépenses en santé, qui est passé de 6,8 % (de 2001-2002 à 2011-2012) à 2,4 % (de 2011-2012 à 2015-2016), a été rendue possible par une diminution du taux de croissance dans tous les secteurs de programme (figure B).

Figure B : Dépenses en santé de l'Ontario : taux de croissance annuel moyen par secteurs de programme (2001-2002 à 2011-2012 vs 2011-2012 à 2015-2016)



Source : Analyse du BRF des données du MSSLD et du SCT et Comptes publics de l'Ontario.

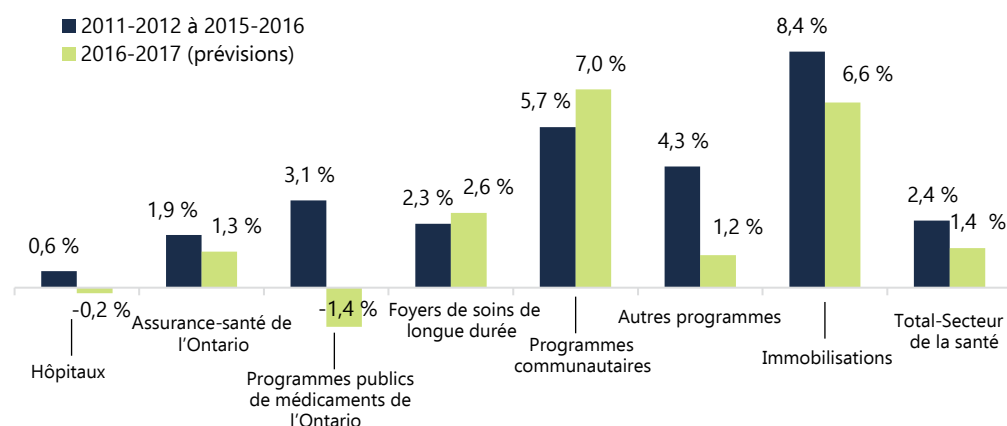
Nota : En 2005-2006, les rapports financiers de la province ont été étendus de façon à inclure les actifs hospitaliers, ce qui a joué sur le taux de croissance des dépenses des programmes d'immobilisations. À titre comparatif, ce taux a augmenté d'en moyenne 12,7 % entre 2005-2006 et 2011-2012, contre 17,7 % de 2001-2002 à 2011-2012.

Toutefois, ce ralentissement n'a pas été uniforme pour tous les secteurs de programme. Les secteurs des hôpitaux et de l'Assurance-santé de l'Ontario (surtout les paiements aux médecins) comptent pour environ trois quarts du recul du taux de croissance global des dépenses en santé.

Le budget de 2016 prévoit une autre réduction importante du taux de croissance des dépenses en santé, qu'il verrait chuter de 2,4 % à 1,7 % pour la période de 2015-2016 à 2018-2019, soit par près d'un tiers de sa valeur.

Pour 2016-2017, le budget de 2016 projette que les dépenses en santé ne croîtront que de 1,4 %, auquel cas ce serait la première année que leur croissance reste sous 2 % depuis 1997-1998¹. Les seuls secteurs pour lesquels il prévoit une croissance plus élevée que la moyenne de 2011-2012 à 2015-2016 sont les foyers de soins de longue durée et les programmes communautaires (figure C).

Figure C : Dépenses en santé de l'Ontario : taux de croissance annuel moyen par secteurs de programme (2011-2012 à 2015-2016 vs prévisions pour 2016-2017)



Source : MSSLD, SCT et Comptes publics de l'Ontario.

Changements dans les programmes de santé

Le BRF a cerné divers changements dans les programmes de santé qui ont (ou auront) une incidence marquée sur les dépenses dans le secteur. En voici les trois plus notables :

- Dans le secteur de programme des hôpitaux, la province a décidé de geler le taux de croissance des subventions de fonctionnement de base² à 0 % pour la période de 2012-2013 à 2015-2016, et à 1 % pour 2016-2017, réalisant ainsi des économies substantielles³.

¹ Le document *Perspectives économiques et revue financière de 2016*, publié le 14 novembre 2016, montre que les « perspectives actuelles » de 2016-2017 sont de 51,9 G\$, une hausse de 0,2 G\$ par rapport à la cible du budget de 2016. Si ces perspectives ne changent pas, alors les dépenses en santé pour 2017-2018 augmenteront de 1,7 %, et non de 1,4 % comme visait le budget de 2016.

² La subvention de fonctionnement de base compte pour environ les trois quarts du total des dépenses dans le secteur de programme des hôpitaux. Plus de détails à l'annexe A.

³ Le document *Perspectives économiques et revue financière de 2016*, publié le 14 novembre 2016, annonce pour 2016-2017 un nouveau financement de 140,3 M\$ destiné aux hôpitaux qui vient s'ajouter à la hausse de 1 % des subventions de fonctionnement de base.

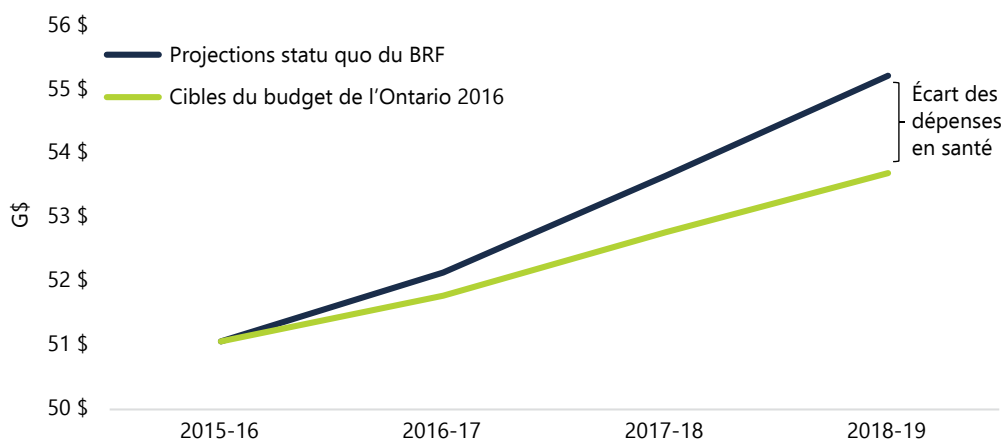
- Dans le secteur de programme de l'Assurance-santé de l'Ontario, la réduction des paiements aux médecins en 2013 et en 2015 a ralenti temporairement le taux de croissance des dépenses. Mais en l'absence d'autres changements aux programmes, le BRF s'attend à ce que les facteurs qui stimulent la demande, comme la croissance et le vieillissement de la population, ainsi que l'utilisation des services (augmentation de la demande par habitant) ramènent la croissance des dépenses du secteur de programme à environ 3,5 % par année après 2016-2017.
- Dans le secteur de programme des foyers de soins de longue durée (FSLD), le BRF estime que, après rajustement en fonction de l'inflation, environ 25 % de l'augmentation des dépenses de programmes de 2003-2004 à 2011-2012 résultait de l'augmentation du nombre de lits occupés dans les FSLD. Après 2011-2012, ce nombre est demeuré relativement constant, ce qui a modéré la croissance des dépenses.

La province atteindra-t-elle les cibles de dépenses en santé du budget de 2016?

Le BRF estime l'écart de dépenses entre le statu quo (soit la poursuite des changements déjà apportés aux programmes provinciaux jusqu'en 2018-2019) et les cibles de dépenses en santé du budget provincial de 2016 à environ 0,4 G\$ en 2016-2017, 0,9 G\$ en 2017-2018 et 1,5 G\$ en 2018-2019 (figure D). L'analyse du BRF indique que la province aura probablement besoin d'apporter d'autres changements à ses programmes si elle veut atteindre ses cibles de dépenses en santé d'ici 2018-2019⁴.

⁴ Le document *Perspectives économiques et revue financière de 2016*, publié le 14 novembre 2016, montre que les « perspectives actuelles » pour les dépenses en santé en 2016-2017 dépassent les cibles du budget de 2016 par 0,2 G\$. Aucune information n'a été fournie pour 2017-2018 et 2018-2019.

Figure D : Estimation de l'écart des dépenses en santé entre les cibles du budget de l'Ontario 2016 et les projections du BRF pour le statu quo



Sources : « Projections statu quo du BRF » : voir tableau 5-2. « Cibles du budget de l'Ontario 2016 » : voir Budget de l'Ontario 2016, p. 275.

Viabilité après 2018-2019

Si les cibles du budget de l'Ontario 2016 sont atteintes, on observera une augmentation moyenne de 2,1 % des dépenses en santé de 2011-2012 à 2018-2019. Or, l'examen des tendances passées et des inducteurs de coûts amène le BRF à se demander si ce taux de 2,1 % après 2018-2019 sera viable si la qualité et le niveau des soins et services doivent être maintenus. Le BRF estime que les inducteurs de coûts de santé (croissance et vieillissement de la population, inflation, croissance des revenus) feront pression dans le sens d'une augmentation des dépenses de l'ordre de 5,3 % par année jusqu'à 2020.

L'effet de la modification des programmes de santé provinciaux sur la qualité et la prestation des soins devra faire l'objet d'une analyse, d'autant plus importante qu'il s'agira d'un facteur déterminant pour évaluer le taux de croissance viable des dépenses en santé. Ultimement, ce taux de croissance variera selon que les changements apportés jusqu'ici aux programmes ont mené à des gains d'efficacité et de qualité ou qu'ils ont simplement différé les dépenses requises pour maintenir la qualité et le niveau des services.

Questions pour la province

À la lumière des analyses du présent rapport, les députés à l'Assemblée législative pourraient vouloir poser les questions suivantes à la province afin de mieux comprendre comment elle compte s'y prendre pour que les dépenses en santé respectent les cibles du budget de l'Ontario 2016 et le taux de croissance prévu après 2018-2019.

Point d'intérêt et importance

Questions

Cibles de dépenses en santé jusqu'à 2018-2019

Le BRF a relevé divers changements dans les programmes de santé qui ont ralenti le taux de croissance des dépenses du secteur depuis 2012-2013. Il estime toutefois, d'après l'information dont il dispose, que si la province veut atteindre les cibles de dépenses en santé établies dans son budget de 2016, elle devra apporter d'autres modifications à ses programmes afin de réaliser des économies de 0,4 G\$ en 2016-2017, de 0,9 G\$ en 2017-2018 et de 1,5 G\$ en 2018-2019.

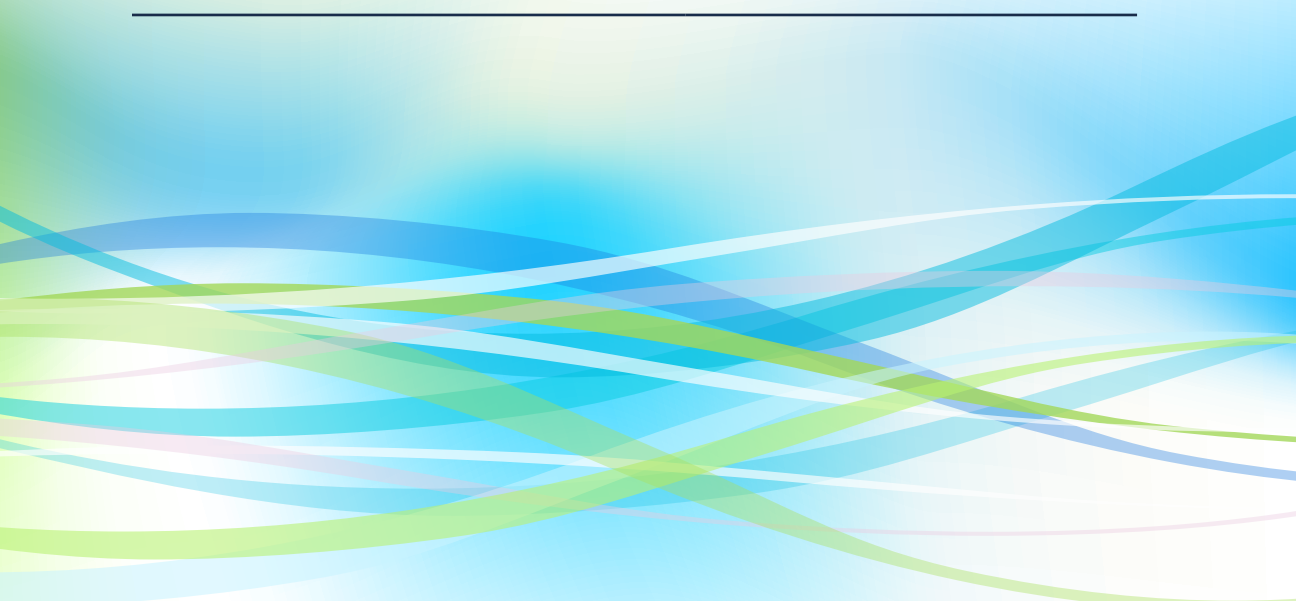
Quels changements additionnels pourraient être apportés aux programmes afin d'atteindre les cibles de dépenses en santé du budget de 2016 pour les exercices 2016-2017, 2017-2018 et 2018-2019?

Viabilité après 2018-2019

Si les cibles de dépenses en santé du budget de 2016 sont atteintes, le taux de croissance annuel des dépenses en santé sera d'en moyenne 2,1 % de 2011-2012 à 2018-2019. Or, l'examen des tendances passées et des inducteurs de coûts qu'a effectué le BRF soulève des questions quant à la possibilité de maintenir la qualité et le niveau des soins et services moyennant une croissance annuelle de 2,1 %.

Quels sont les effets attendus des changements apportés aux programmes de santé par la province sur la qualité, l'efficacité et le niveau des services du système de santé?

Selon la province, quel serait le taux de croissance annuel viable pour les dépenses en santé après 2018-2019 si elle veut préserver la qualité et la nature des soins et services fournis?



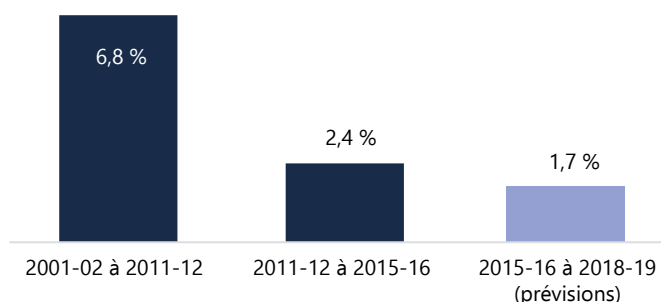
3

INTRODUCTION

Le secteur de la santé constitue le poste de dépenses le plus important du budget ontarien : il s'élève à 51,8 G\$ en 2016-2017, ce qui représente 42,4 % des dépenses de programmes et 38,7 % du total des dépenses en général (intérêts de la dette compris)¹.

Vu sa taille, limiter la croissance du secteur la santé est une part essentielle du plan du gouvernement de l'Ontario pour rétablir l'équilibre budgétaire à partir de 2017-2018. Afin d'équilibrer son budget en 2017-2018 et en 2018-2019, la province se fixe, dans son budget de 2016, un taux de croissance annuel moyen de 1,7 % pour ses dépenses en santé² de 2015-2016 à 2018-2019. Si elle parvient à atteindre cet objectif, le taux de croissance sera inférieur à celui des quatre dernières années, et très inférieur à celui des années 2001-2002 à 2011-2012.

Graphique 3-1 : Dépenses en santé de l'Ontario : taux de croissance annuel moyen

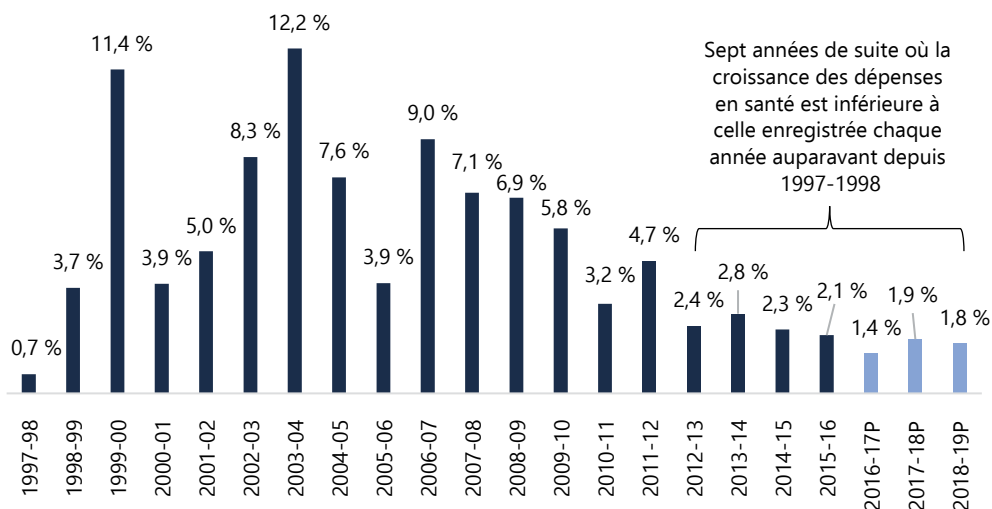


Source : Analyse du BRF des données du MSSLD, du SCT, et du budget de l'Ontario 2016.

¹ *Budget de l'Ontario 2016*, p. 283, 287 et 288.

² Tous les calculs de taux de croissance moyens dans le présent rapport ont été obtenus à partir du taux de croissance annuel composé.

Graphique 3-2 : Dépenses en santé de l'Ontario : taux de croissance annuel, de 1997-1998 à 2018-2019



Source : Analyse du BRF des données du MSSLD, du SCT, du budget de l'Ontario 2016 et de Kneebone, Ronald et Margarita Wilkins, « Canadian Provincial Government Budget Data, 1980/81 to 2013/14 », *Analyse de Politiques*, volume 42, numéro 1, mars 2016.

Nota : « 2016-2017P », « 2017-2018P » et « 2018-2019P » font référence aux cibles de dépenses en santé dans le budget de l'Ontario 2016.

Le présent rapport étudie comment la province planifie d'atteindre ses prévisions de dépenses en santé de 2016-2017 à 2018-2019 présentées dans le budget de l'Ontario 2016, et évalue s'il sera possible ou non de maintenir le taux de croissance nécessaire à cet objectif au-delà de 2018-2019. Dans le cadre de son analyse, il examinera comment la province a freiné le taux de croissance des dépenses en santé à partir de 2012-2013.

Le rapport ne propose pas d'autres moyens pour atteindre les cibles du budget, et ne s'attarde pas non plus aux conséquences sur le plan des politiques des décisions que la province a prises ou compte prendre concernant les programmes de santé.

Pour en savoir plus sur l'élaboration du rapport, consulter l'annexe B.

4

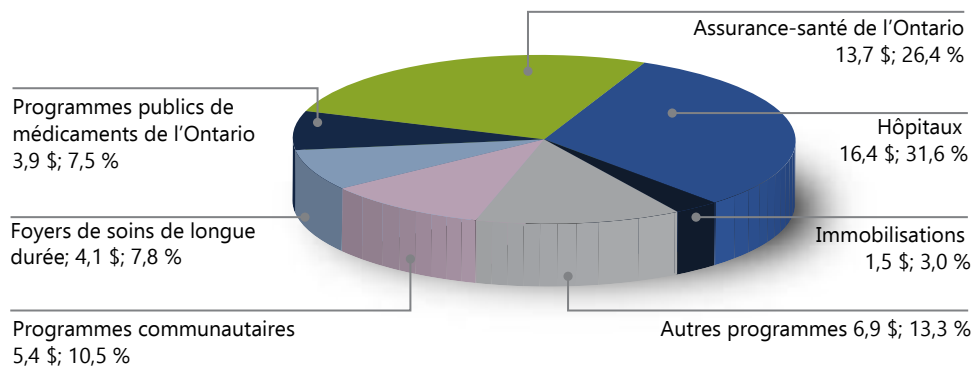
TAUX DE CROISSANCE DES SECTEURS DE PROGRAMME EN SANTÉ

Le présent chapitre examine les dépenses en santé de la province, fractionnées entre sept secteurs de programme, et montre comment leur taux de croissance individuel a changé de 2001-2002 à 2016-2017.

Dépenses et secteurs de programme

La province divise ses dépenses en santé entre sept secteurs de programme. La figure 4-1 présente la distribution de la cible de 51,8 G\$ prévue dans le budget de 2016 pour les dépenses en santé à l'exercice 2016-2017.

Figure 4-1 : Dépenses en santé prévues pour 2016-2017 par secteurs de programme, en G\$



Source : Analyse du BRF des données du MSSLD et du SCT et Budget de l'Ontario 2016.

Nota : Le document *Perspectives économiques et revue financière de 2016*, publié le 14 novembre 2016, montre que les « perspectives actuelles » de 2016-2017 ont augmenté, passant à 51,9 G\$ (voir p. 145 et 146).

En premier lieu, les dépenses associées aux hôpitaux et à l'Assurance-santé de l'Ontario s'élèvent ensemble à 30,0 G\$, ce qui équivaut à 58,0 % du total prévu pour 2016-2017. Arrive ensuite le secteur des autres programmes, troisième en importance à 6,9 G\$ (13,3 % du total), suivi des programmes communautaires, à 5,4 G\$ (10,5 %). Les deux secteurs de programme suivants, soit les foyers de soins de longue durée (FSLD) et les programmes publics de médicaments de l'Ontario, comptent respectivement pour 4,1 G\$ (7,8 %) et 3,9 G\$ (7,5 %). Enfin, le plus modeste des secteurs de programme, celui des immobilisations, représente 1,5 G\$, soit 3,0 % des dépenses en santé prévues en 2016-2017.

L'annexe A fournit plus de renseignements sur chacun des secteurs de programme.

Taux de croissance de 2001-2002 à 2015-2016

Le graphique 4-1 présente la croissance annuelle des dépenses en santé de 2002-2003 à 2015-2016. Celles-ci ont grimpé au taux annuel moyen de 6,8 % de 2001-2002 à 2011-2012, mais ont ralenti à 2,4 % de 2011-2012 à 2015-2016. C'est à l'exercice 2012-2013 qu'on note un changement considérable dans le taux de croissance de ces dépenses. En effet, de 2012-2013 à 2015-2016, le taux de croissance annuel des dépenses en santé s'est tenu à 2,8 % ou moins alors qu'il était de 3,2 % ou plus de 2002-2003 à 2011-2012. Cette observation concorde avec l'objectif que la province avait établi dans son budget de 2013 : maintenir le taux de croissance annuel moyen des dépenses en santé à 2 % à moyen terme¹.

Graphique 4-1 : Taux de croissance des dépenses en santé de l'Ontario, de 2002-2003 à 2015-2016

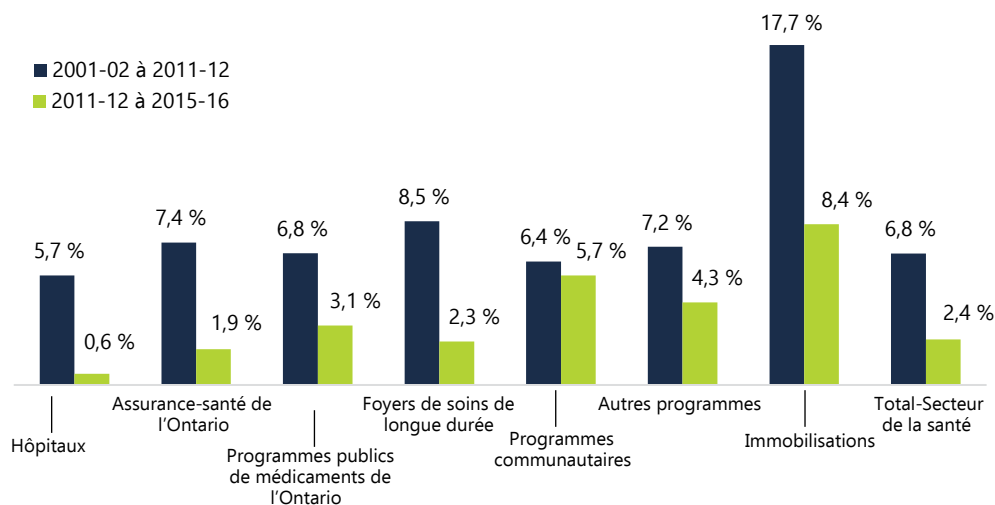


Source : Analyse du BRF des données du MSSLD, du SCT et des Comptes publics de l'Ontario.

¹ Budget de l'Ontario 2013, p. 119.

La réduction du taux de croissance annuel moyen des dépenses en santé a été rendue possible par la diminution du taux de croissance de tous les secteurs de programme (Graphique 4-2).

Graphique 4-2 : Dépenses en santé de l'Ontario : taux de croissance annuel moyen par secteurs de programme, 2001-2002 à 2011-2012 vs 2011-2012 à 2015-2016



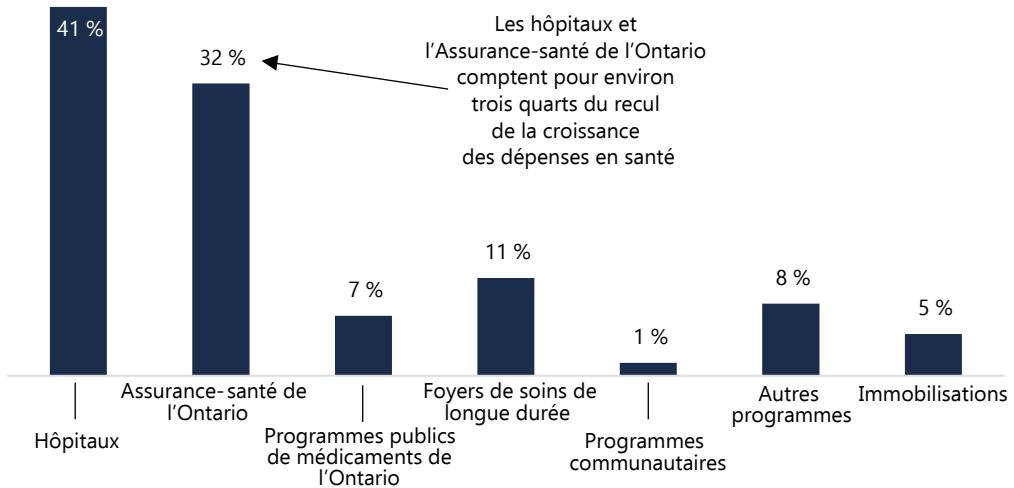
Source : Analyse du BRF des données du MSSLD, du SCT et des Comptes publics de l'Ontario.

Nota : En 2005-2006, les rapports financiers de la province ont été étendus de façon à inclure les actifs hospitaliers, ce qui a joué sur le taux de croissance des dépenses des programmes d'immobilisations. À titre comparatif, ce taux a augmenté d'en moyenne 12,7 % entre 2005-2006 et 2011-2012, contre 17,7 % de 2001-2002 à 2011-2012.

C'est le secteur de programme des hôpitaux qui a connu le fléchissement le plus marqué de sa croissance annuelle moyenne, de 5,7 % à 0,6 %, suivi par ceux de l'Assurance-santé de l'Ontario et des FSLD, ceux-ci ayant chuté de 7,4 % et 8,5 % à 1,9 % et 2,3 % respectivement.

Le BRF a également estimé la contribution relative de chaque secteur de programme au ralentissement des dépenses en santé (d'une croissance annuelle moyenne de 6,8 % à 2,4 %) à l'aide de la moyenne pondérée de chaque secteur de programme sur une période donnée. Les hôpitaux et l'Assurance-santé de l'Ontario comptent ainsi pour environ trois quarts du recul du taux de croissance annuel moyen des dépenses en santé (Graphique 4-3).

Graphique 4-3 : Contribution par secteurs de programme au changement du taux de croissance annuel moyen des dépenses en santé de l'Ontario, de 6,8 % (2001-2002 à 2011-2012) à 2,4 % (2011-2012 à 2015-2016)



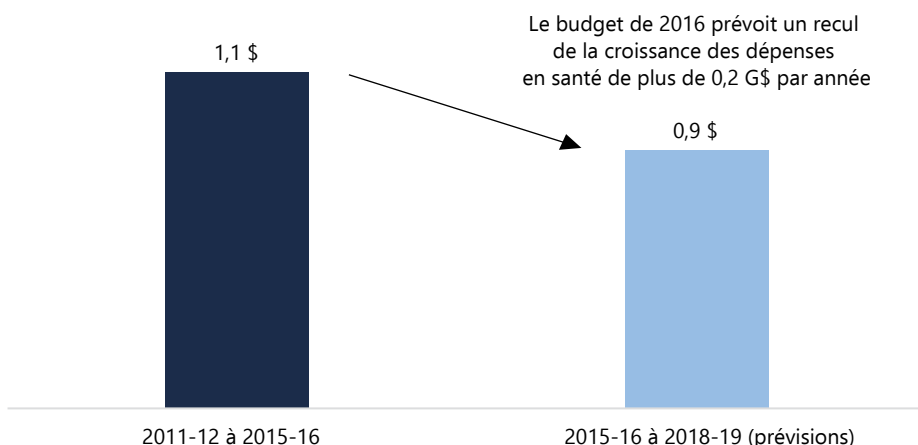
Source : Calculs du BRF basés sur les données du MSSLD, du SCT et des Comptes publics de l'Ontario.

Cette analyse révèle à quel point les programmes des hôpitaux et de l'Assurance-santé de l'Ontario ont contribué à la modération du taux de croissance annuel des dépenses en santé de 2011-2012 à 2015-2016. Elle montre également que la baisse du taux n'a pas été uniforme pour tous les secteurs de programme.

Taux de croissance de 2015-2016 à 2018-2019

De 2011-2012 à 2015-2016, les dépenses en santé ont augmenté d'en moyenne 2,4 % par année, un net fléchissement depuis le taux de croissance annuel moyen de 6,8 % pour la période de 2001-2002 à 2011-2012. Le budget de l'Ontario 2016 projette une autre réduction substantielle de ce taux, qui descendrait de 2,4 % à 1,7 % pour la période de 2015-2016 à 2018-2019, soit un recul d'environ le tiers. Cela se traduit en dollars par une augmentation des dépenses en santé qui aura été d'en moyenne 1,1 G\$ chaque année de 2011-2012 à 2015-2016, et qui ne sera ensuite que de 0,9 G\$ par année de 2015-2016 à 2018-2019.

Graphique 4-4 : Hausse annuelle moyenne des dépenses en santé, 2011-2012 à 2015-2016 vs 2015-2016 à 2018-2019, en G\$

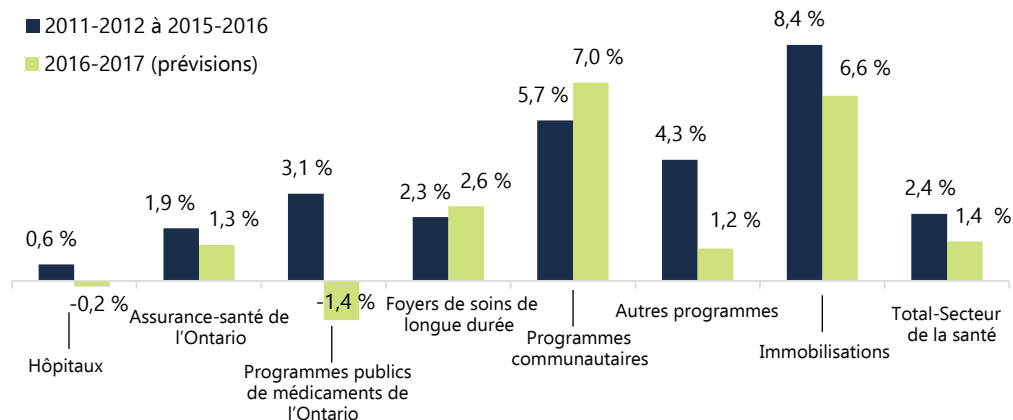


Source : Calculs du BRF basés sur les données du MSSLD, du SCT et du budget de l'Ontario 2016.

Pour l'exercice 2016-2017, le budget de 2016 exige que les dépenses en santé n'augmentent que de 1,4 %, %, auquel cas il s'agirait de la première année où leur croissance reste sous les 2 % depuis 1997-1998 (voir Graphique 3-2)².

Le Graphique 4 5 ci-dessous compare le taux de croissance prévu de chaque secteur de programme pour 2016-2017 avec son taux de croissance moyen de 2011-2012 à 2015-2016.

Graphique 4-5 : Dépenses en santé de l'Ontario : taux de croissance annuel moyen par secteurs de programme, 2011-2012 à 2015-2016 vs taux de croissance prévu en 2016-2017



Source : Analyse du BRF des données du MSSLD, du SCT et du budget de l'Ontario 2016.

² Le document *Perspectives économiques et revue financière de 2016*, publié le 14 novembre 2016, montre que les « perspectives actuelles » de 2016-2017 sont de 51,9 G\$, une hausse de 0,2 G\$ par rapport à la cible du budget de 2016. Si ces perspectives ne changent pas, alors les dépenses en santé pour 2017-2018 augmenteront de 1,7 %, et non de 1,4 % comme visait le budget de 2016.

La croissance des dépenses relative aux hôpitaux et aux programmes publics de médicaments de l'Ontario devrait, selon les projections, se faire *négative* en 2016-2017 aux taux de 0,2 % et 1,4 % respectivement³. De plus, l'Assurance-santé de l'Ontario, les autres programmes et les immobilisations auraient tous un taux de croissance pour 2016-2017 en dessous de leur moyenne de 2011-2012 à 2015-2016. Seuls les FSLD et les programmes communautaires ont un taux de croissance projeté plus élevé que leurs moyennes de 2011-2012 à 2015-2016 : ils passeraient de 2,3 % et 5,7 % à 2,6 % et 7,0 % respectivement.

³ Le document *Perspectives économiques et revue financière de 2016*, publié le 14 novembre 2016, annonce pour 2016-2017 (en p. 136) un nouveau financement de 140,3 M\$ destiné aux hôpitaux. Ce financement pourrait faire passer le taux de croissance du secteur de programme des hôpitaux pour 2016-2017 de -0,2 % à 0,7 %.

5

CHANGEMENTS AUX PROGRAMMES DE SANTÉ

Le présent chapitre examine les changements apportés aux programmes qui ont permis à la province d'obtenir le taux de croissance des dépenses en santé observé de 2011-2012 à 2015-2016, et qui font partie du plan de celle-ci pour atteindre les cibles du budget de 2016 pour 2016-2017 à 2018-2019. Le BRF a passé en revue les données publiques et les renseignements fournis par la province, puis cerné diverses modifications aux programmes qui ont eu, ou devraient avoir, une incidence marquée sur les dépenses en santé. À la fin du chapitre, il évalue si les changements aux programmes relevés par le BRF seront suffisants pour que la province atteigne les cibles de dépenses en santé qu'elle s'est fixées pour 2018-2019, ou si elle devra apporter d'autres modifications.

Principaux changements aux programmes

Le tableau suivant dresse la liste des changements aux programmes qui, selon le BRF, ont eu (ou auront) une incidence marquée sur les dépenses en santé. Pour que le BRF inclue un changement dans cette catégorie, celui-ci doit représenter environ 250 M\$ – soit 0,5 % des 51,8 G\$ prévus pour les dépenses en santé en 2016-2017.

Tableau 5-1 : Changements aux programmes ayant une incidence marquée sur les dépenses en santé

Changement	Analyse
Hôpitaux	
Restriction de la subvention de fonctionnement de base ^{1a}	Le taux de croissance de la subvention aux hôpitaux a été gelé à 0 % de 2012-2013 à 2015-2016, puis s'est élevé à 1 % en 2016-2017. ^{1b}
Régime d'assurance-santé de l'Ontario	
Entente de 2012 sur les services de médecin ^{1c}	L'entente prévoyait une réduction de 0,5 % de tous les paiements aux médecins à compter du 1er avril 2013, ainsi qu'une modification de la liste des prestations de l'Assurance-santé de l'Ontario.
Modifications aux honoraires des médecins pour 2015 ainsi qu'à d'autres programmes ^{1d}	La province a réduit les paiements aux médecins de 2,65 % en février 2015 puis de 1,3 % en octobre 2015, et a apporté d'autres changements à la liste des prestations de l'Assurance-santé de l'Ontario.
Programmes publics de médicaments de l'Ontario	
Réforme des prix des médicaments sur ordonnance ^{1e}	Grâce aux efforts des provinces et territoires et de l'APP, l'Ontario a pu réduire le prix des médicaments sur ordonnance (génériques et de marque déposée) pour ses programmes publics de médicaments.
Changements au PMO en 2015 ^{1f}	Les modifications au PMO comprennent une réduction des paiements et honoraires versés aux pharmaciens, ainsi que des changements à la quantité de médicaments distribués.
Modification de l'admissibilité au programme de la quote-part des médicaments pour les personnes âgées à faible revenu en 2016 ^{1g}	Le seuil du « faible revenu » a été relevé en août 2016 pour que moins de personnes âgées participantes n'aient à payer la franchise dans le cadre du PMO.
Foyers de soins de longue durée	
Aucun changement au nombre de lits occupés à long terme dans les FSLD ^{1h}	De mars 2003 à mars 2012, 9 718 lits ont été ajoutés au volume d'occupation des FSLD de la province. De mars 2012 à mars 2016, seuls 537 lits se sont ajoutés.
<i>Stratégie améliorée de renouvellement des foyers de soins de longue durée¹ⁱ</i>	Annoncée en 2014, la stratégie est un programme de 6 G\$ visant à réaménager environ 31 000 lits dans les FSLD.
Programmes communautaires	
Engagement à financer le secteur de programme ^{1j}	La province s'est engagée à augmenter le financement des programmes communautaires de 4 % en 2012-2013, puis de 5 % par année de 2013-2014 à 2017-2018.
Autres programmes	
Aucun changement substantiel observé	
Capital	
Projets de réaménagement et d'agrandissement d'hôpitaux ^{1k}	Des investissements prévus d'environ 11 G\$ à 12 G\$ sur 10 ans ont été annoncés en 2014.

Sources :

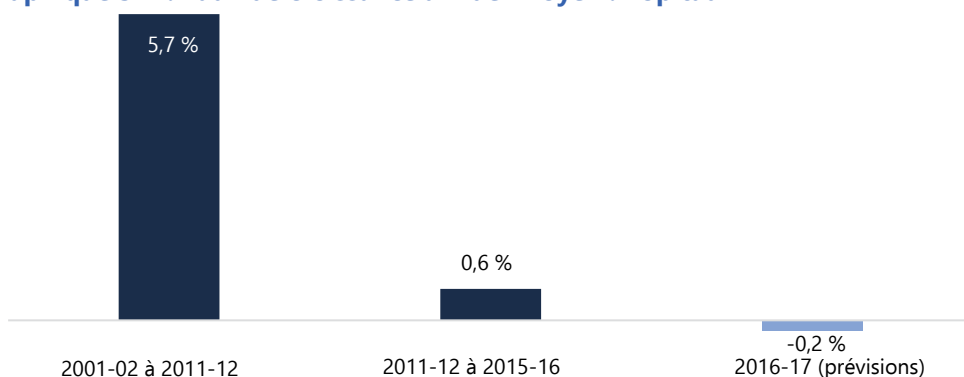
1a *Budget de l'Ontario 2012*, p. 27; *Budget de l'Ontario 2013*, p. 120; *Budget de l'Ontario 2014*, p. 158; *Budget de l'Ontario 2016*, p. 116 et Comptes publics de l'Ontario.

- 1b Le document *Perspectives économiques et revue financière de 2016*, publié le 14 novembre 2016, annonce pour 2016-2017 un nouveau financement de 140,3 M\$ destiné aux hôpitaux qui vient s'ajouter à la hausse de 1 % des subventions de fonctionnement de base.
- 1c Entente de 2012 sur les services de médecin entre l'Ontario Medical Association et Sa Majesté la Reine du chef de l'Ontario, représentée par le ministre de la Santé et des Soins de longue durée, datée du 7 novembre 2012.
- 1d Gouvernement de l'Ontario, Services de médecin : Plan d'action en dix points afin de réaliser des économies et d'améliorer les services (consulté le 29 août 2016) : <https://news.ontario.ca/mohltc/fr/2015/01/services-de-medecin-plan-daction-en-dix-points-afin-de-realiser-des-economies-et-dameliorer-les-serv.html>; et Toronto Star, « Ontario Doctors Launch Charter Challenge Over Fee Cuts » (consulté le 29 août 2016) : <https://www.thestar.com/news/canada/2015/10/29/ontario-doctors-launch-charter-challenge-over-fee-cuts.html>.
- 1e *Budget de l'Ontario 2012*, p. 30 ; et site Web du Secrétariat du Conseil de la fédération (consulté le 29 août 2016) : <http://www.canadaspremiers.ca/fr/initiatives-fr/12-root-category-all-articles/361-alliance-pancanadienne-pharmaceutique-app>.
- 1f *Budget de l'Ontario 2015*, p. 208.
- 1g Gouvernement de l'Ontario, *L'Ontario réduit le prix des médicaments pour plus de 170 000 en plus de personnes âgées à faible revenu*, 4 avril 2016 (consulté le 4 novembre 2016) : <https://news.ontario.ca/mohFSLD/fr/2016/04/ontario-reduit-le-prix-des-medicaments-pour-plus-de-170-000-en-plus-de-personnes-agees-a-faible-rev.html>.
- 1h Renseignements fournis par le MSSLD.
- 1i Ibid.
- 1j *Budget de l'Ontario 2012*, p. 28; *Budget de l'Ontario 2013*, p. 121; *Budget de l'Ontario 2015*, p. 166; *Budget de l'Ontario 2016*, p. 118.
- 1k *Budget de l'Ontario 2014*, p. 53; *Budget de l'Ontario 2015*, p. 61; *Budget de l'Ontario 2016*, p. 80.

Hôpitaux

Représentant 16,4 G\$ en 2016-2017, le secteur de programme des hôpitaux attire la plus grande part des dépenses en santé. Brider la croissance annuelle moyenne pour ce secteur à moins de 1 % de 2011-2012 à 2015-2016 a été le facteur déterminant dans la réduction de la croissance des dépenses globales en santé¹.

Graphique 5-1 : Taux de croissance annuel moyen : hôpitaux



Source : Analyse du BRF des données du MSSLD et du SCT.

Nota : Les projections pour 2016-2017 sont fondées sur les dépenses planifiées dans le budget de l'Ontario 2016 et le Budget des dépenses 2016-2017. Le document *Perspectives économiques et revue financière de 2016*, publié le 14 novembre 2016, annonce pour 2016-2017 (en p. 136) un nouveau financement de 140,3 M\$ destiné aux hôpitaux. Ce financement pourrait faire passer le taux de croissance du secteur de programme des hôpitaux pour 2016-2017 de -0,2 % à 0,7 %.

¹ Voir chapitre 4.

Les dépenses affectées à ce secteur de programme ont été établies d'après les résultats financiers des hôpitaux, qui comprennent un financement direct de la part de la province et d'autres sources de revenus, en plus du financement pour les hôpitaux psychiatriques spécialisés². Le financement direct provincial passe par divers programmes, le plus important étant la subvention de fonctionnement de base. En 2014-2015, cette subvention comptait pour 76 % du total des dépenses dans le secteur de programme des hôpitaux.

Comme indiqué dans le Tableau 5 1, le principal changement dans le secteur des hôpitaux a été la décision de la province de geler le taux de croissance de la subvention de fonctionnement de base à 0 % de 2012-2013 à 2015-2016, puis de le ramener à 1 % en 2016-2017³, ce qui a entraîné des économies substantielles.

La province a aussi réformé la façon dont la subvention est octroyée aux hôpitaux ontariens dans le but d'améliorer l'efficacité et la prestation des services⁴. Dès 2012, elle a commencé à délaisser l'approche de financement globale (où chaque hôpital recevait une part semblable, sous forme d'un montant forfaitaire, du budget de fonctionnement de base) en faveur d'un modèle où la subvention est distribuée aux hôpitaux selon trois facteurs :

- un montant forfaitaire basé sur le financement passé, sans lien avec les résultats, la complexité des cas traités ou les services offerts;
- un montant en fonction des patients, lié aux estimations des dépenses en soins de santé provenant de l'analyse des facteurs démographiques régionaux et de la nature et de la complexité des soins prodigués dans chaque hôpital;
- un montant conditionnel à la prestation de services précis (p. ex., arthroplastie de la hanche, chirurgie de la cataracte) établi à des taux fondés sur les pratiques exemplaires et le niveau d'efficacité attendu.

Pour l'exercice 2012-2013, la subvention de fonctionnement de base a été versée aux hôpitaux à 54 % sous forme de montants forfaitaires, et à 46 % sous forme de montants dépendant des patients et des services⁵. En 2015-2016, les proportions

2 Plus de détails à l'annexe A.

3 Le document *Perspectives économiques et revue financière de l'Ontario 2016*, publié le 14 novembre 2016, annonce pour 2016-2017 un nouveau financement de 140,3 M\$ destiné aux hôpitaux qui vient s'ajouter à la hausse de 1 % des subventions de fonctionnement de base.

4 *Budget de l'Ontario 2013*, p. 112.

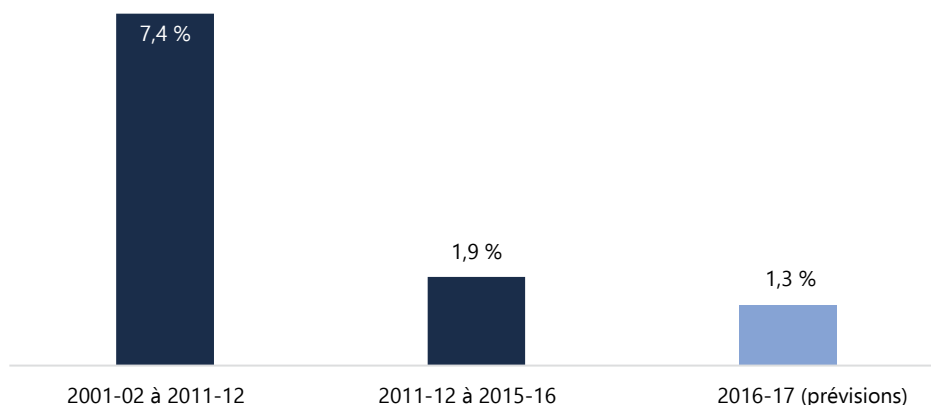
5 Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, *Financement fondé sur les patients – Aperçu*, diapositive 13 (consulté le 30 août 2016) : http://www.drhd.org/Documents/4_MOHFSLD_Patient_Based_Funding_Overview.pdf.

prévues sont passées à 30 % et à 70 % respectivement⁶.

Régime d'assurance-santé de l'Ontario

Le taux de croissance annuel moyen des dépenses dans le secteur de programme de l'Assurance-santé de l'Ontario est descendu de 7,4 % pour 2001-2002 à 2011-2012 à 1,9 % pour 2011-2012 à 2015-2016. En 2016-2017, on projette que les dépenses s'accroissent de 1,3 % pour atteindre 13,7 G\$. Les paiements aux médecins constituent la majorité des dépenses dans le secteur : elles totalisaient 13,4 G\$ en 2014-2015, et sur ce nombre, 11,1 G\$ (82,8 %) sont allés aux médecins par la rémunération à l'acte ou par d'autres méthodes de rémunération⁷.

Graphique 5-2 : Taux de croissance annuel moyen : Assurance-santé de l'Ontario



Source : Analyse du BRF des données du MSSLD et du SCT.

Nota : Les projections pour 2016-2017 sont fondées sur les dépenses planifiées dans le budget de l'Ontario 2016 et le Budget des dépenses 2016-2017.

Le BRF a déterminé que les changements les plus notables dans le secteur de de l'Assurance-santé de l'Ontario sont l'Entente de 2012 sur les services de médecin ainsi que les modifications apportées en 2015 aux honoraires des médecins et à d'autres programmes. L'entente de 2012 prévoyait une réduction de 0,5 % de tous les paiements aux médecins à compter du 1^{er} avril 2013, ainsi qu'une modification à la liste des prestations de l'Assurance-santé de l'Ontario. En 2015, après qu'elle ait pris fin sans qu'une nouvelle entente la remplace, la province a encore modifié les paiements aux médecins, ainsi que leurs autres programmes de rémunération. Ainsi, les paiements ont été réduits de 2,65 % en février 2015, puis d'un autre 1,3 % en octobre 2015. Au chapitre des autres programmes, on note une réduction des

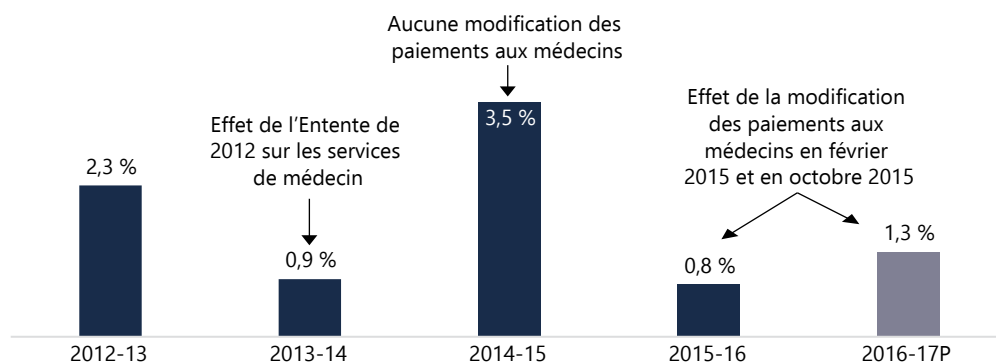
⁶ Information tirée du site Web du MSSLD (consulté le 30 août 2016) : http://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/ecfa/funding/hs_funding.aspx. Le BRF n'a pas analysé l'effet des restrictions aux subventions de fonctionnement de base ou des changements d'affectation du financement sur la qualité et l'efficacité dans le secteur de programme des hôpitaux. En effet, une telle analyse dépasse la portée du présent rapport.

⁷ Voir l'annexe A pour en savoir plus.

honoraires versés aux médecins pour les patients venant en clinique sans rendez-vous la fin de semaine et les jours fériés; une mise à jour des primes versées aux spécialistes; et l'élimination des subventions accordées aux médecins pour qu'ils assistent à des cours et à des événements de formation médicale continue⁸.

L'examen du taux de croissance annuel du secteur de l'Assurance-santé de l'Ontario révèle que ces deux changements ont probablement entraîné des économies substantielles. Le graphique 5-3 présente le taux de croissance annuel pour le secteur de 2012-2013 à 2016-2017. L'Entente de 2012 sur les services de médecin, qui comprenait une réduction de tous les paiements aux médecins à compter du 1^{er} avril 2013, a aidé à ce que la croissance globale du secteur de programme arrive sous la barre du 1 % en 2013-2014. Une fois les changements en vigueur, la croissance a repris de plus belle, passant de 0,9 % en 2013-2014 à 3,5 % en 2014-2015, jusqu'à ce que la province réduise à nouveau les paiements aux médecins en février et en octobre 2015. Ces compressions successives se sont répercutées sur les exercices 2015-2016 et 2016-2017 en se traduisant par des taux de croissance de 0,8 % et de 1,3 % respectivement dans le secteur de programme⁹.

Graphique 5-3 : Taux de croissance annuel du secteur de programme de l'Assurance-santé de l'Ontario, de 2012-2013 à 2016-2017



Source : Analyse du BRF des données du MSSLD et du SCT.

Nota : Les projections pour 2016-2017 sont fondées sur les dépenses planifiées dans le budget de l'Ontario 2016 et le Budget des dépenses 2016-2017.

8 Services de médecin : Plan d'action en dix points afin de réaliser des économies et d'améliorer les services, site Web du gouvernement de l'Ontario (consulté le 30 août 2016) : <https://news.ontario.ca/mohltc/fr/2015/01/services-de-medecin-plan-daction-en-dix-points-afin-de-realiser-des-economies-et-dameliorer-les-serv.html>.

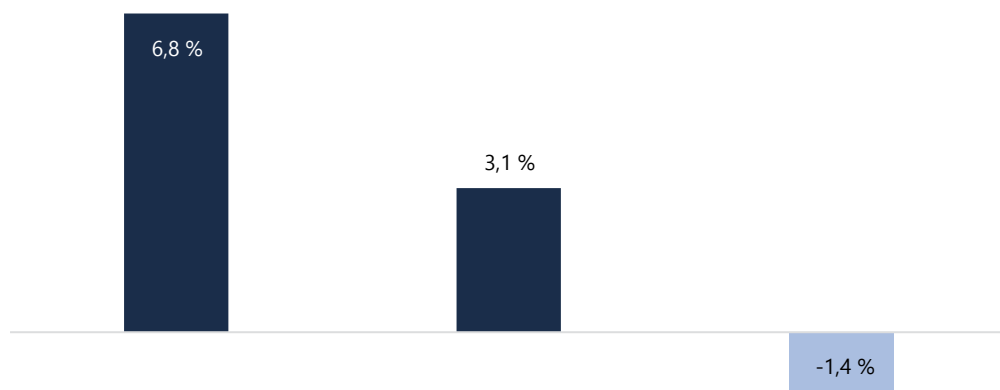
9 À noter que la réduction des honoraires des médecins en octobre 2015 devrait avoir des incidences partielles sur 2015-2016 et sur 2016-2017. La croissance du secteur de programme de l'Assurance-santé de l'Ontario devrait reprendre à plein régime en 2017-2018.

D'après cette analyse, le BRF s'attend à ce que, en l'absence d'autres changements aux programmes, les facteurs qui stimulent la demande, comme la croissance et le vieillissement de la population, ainsi que l'utilisation des services (augmentation de la demande par habitant) ramènent la croissance des dépenses du secteur de programme à environ 3,5 % par année après 2016-2017.

Programmes publics de médicaments de l'Ontario

De 2011-2012 à 2015-2016, les dépenses pour les programmes publics de médicaments de l'Ontario ont augmenté en moyenne de 3,1 % par année, un ralentissement par rapport à la croissance annuelle moyenne de 6,8 % observée de 2001-2002 à 2011-2012. Pour 2016-2017, le budget de 2016 projeté qu'elles reculeront de 1,4 % pour atteindre 3,9 G\$.

Graphique 5-4 : Taux de croissance annuel moyen : programmes publics de médicaments de l'Ontario



Source : Analyse du BRF des données du MSSLD et du SCT.

Nota : Les projections pour 2016-2017 sont fondées sur les dépenses planifiées dans le budget de l'Ontario 2016 et le Budget des dépenses 2016-2017.

Le secteur des programmes publics de médicaments de l'Ontario regroupe six programmes que gère la province, le plus dispendieux étant le programme de médicaments de l'Ontario (PMO), qui vient principalement en aide aux aînés. À lui seul, le PMO comptait pour 75 % des dépenses du secteur en 2014-2015¹⁰.

Le BRF a cerné trois changements aux programmes qui ont influé sur le taux de croissance des dépenses allouées aux programmes publics de médicaments de l'Ontario. Le premier, la réforme du prix des médicaments sur ordonnance, a permis à la province de réduire le coût des médicaments génériques et de marque

¹⁰ En excluant le Programme de médicaments Trillium. Plus de détails à l'annexe A.

déposée par ses propres efforts¹¹ ainsi qu'avec l'aide de l'Alliance pancanadienne pharmaceutique (APP)¹². Comme l'ont rapporté la province et l'APP, cette réforme s'est traduite par des économies notables pour l'Ontario. Le budget de l'Ontario 2012 faisait état d'économies annuelles d'environ 500 M\$, et les rapports de l'APP, d'économies annuelles combinées d'environ 712 M\$ à l'échelle du pays¹³.

Le deuxième changement substantiel aux programmes a été la refonte du PMO en 2015, la province ayant apporté de multiples modifications qui lui feront économiser, estime-t-elle, plus de 200 M\$ par année. Parmi ces modifications, qui ont principalement touché les paiements et honoraires versés aux pharmacies, on compte une réduction de la majoration pour les médicaments onéreux; une réduction des honoraires de préparation pour les demandes concernant des résidents de FSLD; une limitation du nombre d'honoraires de préparation payés par année pour les médicaments utilisés dans le traitement de maladies chroniques; ainsi que l'ajout de restrictions au recours à la mention « pas de remplacement » (d'un médicament de marque déposée par un générique) sur les ordonnances¹⁴.

Le troisième changement, effectué en 2016, concerne l'admissibilité au programme de la quote-part des médicaments pour les personnes âgées à faible revenu, programme qui dispense ses bénéficiaires du paiement de la franchise et réduit leur quote-part au PMO. Le seuil d'admissibilité a été relevé et indexé sur l'inflation pour permettre à plus d'aînés d'être admissibles au programme.

Le rajustement du seuil d'admissibilité a fait augmenter les dépenses aux fins du PMO dès 2016-2017. Dans son budget de 2016, la province proposait de compenser cette hausse en augmentant la franchise payée par les personnes âgées suffisamment aisées pour ne pas avoir droit à l'exemption.

11 La province a principalement apporté des changements au prix des médicaments génériques, mais elle a aussi revu le système des médicaments sur ordonnance. Voir le communiqué *Accroître l'accès à des médicaments abordables*, 7 avril 2010 (consulté le 10 novembre 2016) : <https://news.ontario.ca/mohFSLD/fr/2010/04/accroitre-laccs-a-des-medicaments-abordables.html>.

12 L'APP est un groupe de travail conjoint entre le gouvernement fédéral et 13 provinces et territoires, lesquels utilisent leur pouvoir d'achat commun pour faire baisser le prix des médicaments génériques et de marque déposée.

13 *Budget de l'Ontario 2012*, p. 30 et le site Web de l'APP (consulté le 30 août 2016) : <http://www.canadaspremiers.ca/fr/initiatives-fr/12-root-category-all-articles/361-alliance-pancanadienne-pharmaceutique-app>.

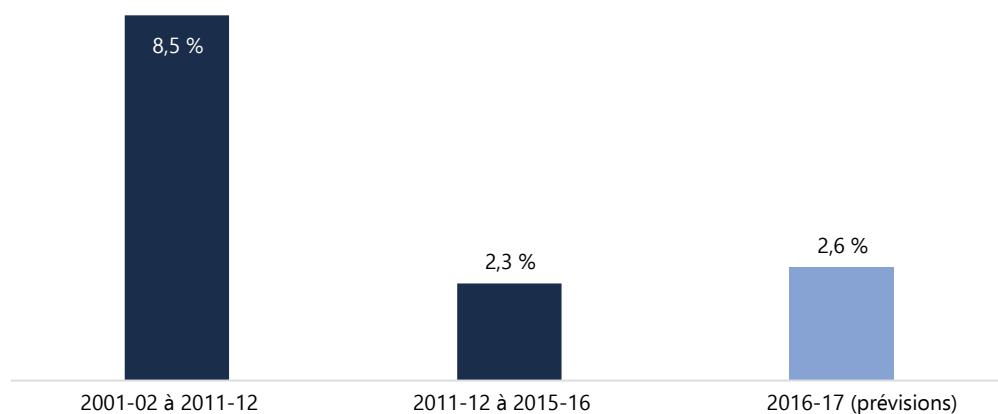
14 Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, *Modifications réglementaires pour favoriser la viabilité et l'accès au Programme de médicaments de l'Ontario* (consulté le 6 novembre 2016) : http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/drugs/opdp_eo/notices/fq_exec_office_20150917_1f.pdf.

Cependant, la province a déclaré plus tard « suspendre » cette augmentation, ce qui la laisse avec un manque à gagner d'environ 65 M\$ par rapport à sa cible pour 2016-2017, et de 100 M\$ par rapport à celle pour 2017-2018¹⁵.

En outre, d'autres facteurs vont se répercuter sur les dépenses allouées aux programmes publics de médicaments de l'Ontario. Comme mentionné précédemment, le plus important de ces programmes, le PMO, vise principalement les personnes âgées. À mesure que la population vieillit, ce programme en subira directement les effets : de plus en plus de gens s'y inscriront, ce qui, toutes choses égales d'ailleurs, fera augmenter les coûts. En outre, les dépenses de programmes dépendront aussi des nouveaux médicaments qui seront mis au point (proportion de marque déposée et de génériques)¹⁶ et de la fréquence à laquelle ils seront approuvés pour être ajoutés aux quelque 4 400 produits couverts par les programmes publics de médicaments de l'Ontario. Enfin, par leurs efforts, la province et l'APP pourraient encore arriver à réduire davantage le prix des médicaments sur ordonnance.

Foyers de soins de longue durée

Graphique 5-5 : Taux de croissance annuel moyen : foyers de soins de longue durée



Source : Analyse du BRF des données du MSSLD et du SCT.

Nota : Les projections pour 2016-2017 sont fondées sur les dépenses planifiées dans le budget de l'Ontario 2016 et le Budget des dépenses 2016-2017.

¹⁵ Calculs du BRF basés sur des renseignements fournis par le MSSLD. Le manque à gagner pour 2018-2019, le cas échéant, n'a pas été donné. Voir aussi le communiqué *L'Ontario réduit le prix des médicaments pour plus de 170 000 en plus de personnes âgées à faible revenu* (consulté le 6 novembre 2016) : <https://news.ontario.ca/mohFSLD/fr/2016/04/ontario-reduit-le-prix-des-medicaments-pour-plus-de-170-000-en-plus-de-personnes-agees-a-faible-rev.html>. C'est la deuxième fois que la province annonce des modifications à ses critères de revenu pour le PMO afin d'en réduire les coûts, puis décide de ne pas les apporter. La province avait indiqué, dans le *Budget de l'Ontario 2012* (p. 30 à 32), que les personnes âgées à revenu élevé paieraient une nouvelle franchise établie en fonction du revenu à compter d'août 2014, dans le but de couvrir une partie des coûts du PMO. Ce changement n'a jamais eu lieu.

¹⁶ Institut canadien d'information sur la santé, *Facteurs d'accroissement des dépenses en médicaments prescrits au Canada, 2012*, p. 14.

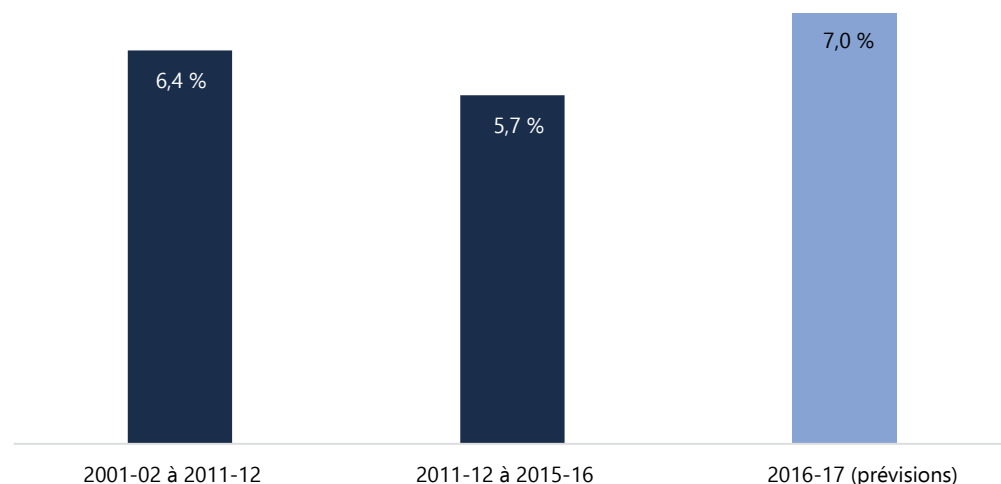
Le taux de croissance des dépenses de programmes des FSLD est passé d'une moyenne annuelle de 8,5 % (2001-2002 à 2011-2012) à 2,3 % (2011-2012 à 2015-2016). En 2016-2017, leur croissance est projetée à 2,6 % pour atteindre 4,1 G\$.

Un changement important qui a permis à la province de réduire ce taux de 8,5 % à 2,3 % a été de maintenir l'occupation des lits dans les FSLD à un taux relativement constant après 2011-2012. Le BRF estime que, après rajustement en fonction de l'inflation, environ 25 % de l'augmentation des dépenses de programmes de 2003-2004 à 2011-2012 résultait de l'augmentation du nombre de lits occupés dans les FSLD¹⁷. Après 2011-2012, ce nombre est demeuré relativement constant, ce qui a considérablement modéré la croissance des dépenses.

La *Stratégie améliorée de renouvellement des foyers* de soins de longue durée de 6 G\$ pourrait faire augmenter les dépenses de programmes, mais il est difficile de savoir quand, car le coût de la stratégie sera réparti sur environ 35 ans¹⁸.

Programmes communautaires

Graphique 5-6 : Taux de croissance annuel moyen : programmes communautaires



Source : Analyse du BRF des données du MSSLD et du SCT.

Nota : Les projections pour 2016-2017 sont fondées sur les dépenses planifiées dans le budget de l'Ontario 2016 et le Budget des dépenses 2016-2017.

¹⁷ Les calculs du BRF se basent sur les données fournies par le MSSLD; le taux d'inflation provient de Statistique Canada.

¹⁸ Plus de renseignements sur la *Stratégie améliorée de renouvellement des foyers de soins de longue durée* à l'annexe A.

Contrairement aux autres secteurs en santé, le taux de croissance annuel moyen des programmes communautaires est demeuré relativement stable depuis 2001-2002. Il a été d'en moyenne 6,4 % de 2001-2002 à 2011-2012, et de 5,7 % de 2011-2012 à 2015-2016. Il devrait être de 7,0 % en 2016-2017, pour atteindre des dépenses de 5,4 G\$. La province s'est engagée à augmenter de 5 % le financement des programmes communautaires en 2017-2018.

Le taux de croissance des programmes communautaires de 2011-2012 à 2015-2016, élevé par rapport au secteur de la santé en général, est le résultat de la stratégie de la province visant à délocaliser les soins actifs « afin de fournir des soins de grande qualité dans des cadres moins coûteux que les hôpitaux ou les foyers de soins de longue durée » (p. ex., à domicile)¹⁹. La stratégie a fait augmenter la demande pour les services de soins à domicile, et pour y répondre, la province a accru son financement. De fait, cette dernière annonce l'ajout, grâce aux fonds supplémentaires injectés dans les programmes communautaires, de 350 000 heures de soins infirmiers, 1,3 million d'heures de services d'appoint, 600 000 heures de services de relève pour les personnes soignantes et 100 000 heures de réadaptation en 2016-2017²⁰.

La province s'apprête également à revoir la manière dont les services de soins à domicile et en milieu communautaire sont organisés et fournis²¹. Par exemple, elle propose de transférer aux réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) la responsabilité de leur gestion et de leur prestation, qui incombe actuellement aux centres d'accès aux soins communautaires (CASC), dans le but de mieux intégrer ces soins au reste du système de santé²².

Dans l'ensemble, la réforme des programmes communautaires forme une part importante de la stratégie provinciale concernant les dépenses en santé. Il faudra mener d'autres analyses pour déterminer si l'expansion des soins à domicile et en milieu communautaire (en raison de la délocalisation des soins actifs depuis des cadres coûteux, comme les hôpitaux, à des moins coûteux, comme le domicile) aura mené à des gains d'efficacité dans la prestation des services de santé sans que leur qualité ni que l'accès aux soins n'aient été compromis.

19 Budget de l'Ontario 2014, p. 157; *Budget de l'Ontario 2015*, p. 165.

20 Voir le communiqué provincial *L'Ontario investit 100 millions de dollars de plus cette année dans les soins à domicile et en milieu communautaire*, 19 juillet 2016 (consulté le 26 septembre 2016) : <https://news.ontario.ca/mohltc/fr/2016/07/ontario-investit-100-millions-de-dollars-de-plus-cette-annee-dans-les-soins-a-domicile-et-en-milieu.html>.

21 Divers rapports font des recommandations sur la manière d'améliorer l'efficacité et la prestation des services. Voir par exemple le rapport du Groupe d'experts pour l'examen des soins à domicile et en milieu communautaire, *Amener les soins au domicile, 2015*; ainsi que la section « CASC – Centres d'accès aux soins communautaires – Programme des soins à domicile » dans le *Rapport annuel 2015* du Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario, p. 70 à 115.

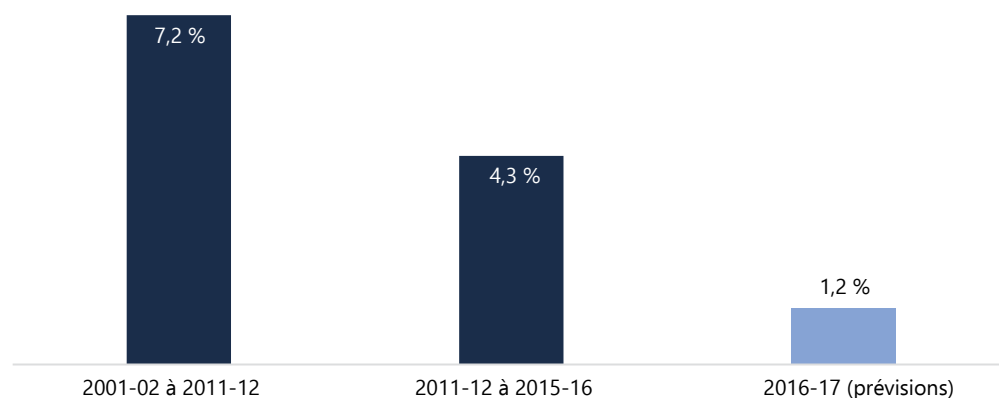
22 Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, *Priorité aux patients : Une proposition pour renforcer les soins de santé axés sur les patients en Ontario, 2015*, p. 18 et proposition de loi.

Autres programmes

Les dépenses pour les autres programmes, qui étaient de 6,9 G\$ en 2016-2017, englobent plus de 40 programmes et catégories de financement²³. La croissance annuelle moyenne des dépenses pour les autres programmes a ralenti en passant de 7,2 % (2001-2002 à 2011-2012) à 4,3 % (2011-2012 à 2015-2016), et pour 2016-2017, la province projette un taux de 1,2 %.

Le BRF n'a relevé aucun changement substantiel aux programmes qui expliquerait la trajectoire du taux de croissance sur la période qu'il a examinée.

Graphique 5-7 : Taux de croissance annuel moyen : autres programme



Source : Analyse du BRF des données du MSSLD et du SCT.

Nota : Les projections pour 2016-2017 sont fondées sur les dépenses planifiées dans le budget de l'Ontario 2016 et le Budget des dépenses 2016-2017.

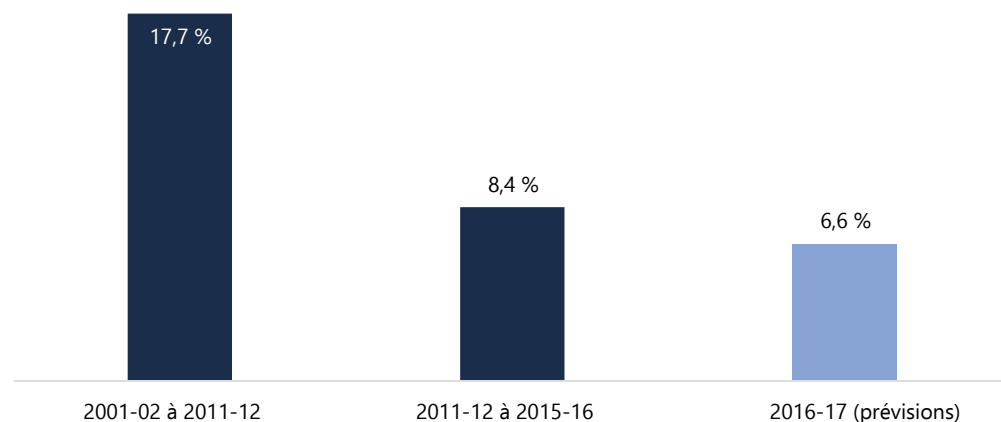
Immobilisations

Représentant 1,5 G\$ en 2016-2017, les immobilisations constituent le secteur le plus modeste des dépenses en santé, mais ce sont elles qui ont connu le taux de croissance annuel moyen le plus élevé jusqu'à 2015-2016. De 2001-2002 à 2011-2012, la croissance du secteur a été d'en moyenne 17,7 % par année, alors que son plus proche concurrent sur le plan de la croissance, le secteur des FSLD, n'a cru qu'au taux de 8,5 %. De 2011-2012 à 2015-2016, le taux de croissance annuel des immobilisations a été de 8,4 % en moyenne (suivi par celui des programmes communautaires, à 5,7 %); d'après les projections, il sera de 6,6 % en 2016-2017.

²³ Plus de détails à l'annexe A.

Au-delà de 2016-2017, le BRF s'attend à ce que la croissance des immobilisations se poursuive à un rythme élevé étant donné que la province s'est engagée à investir de 11 G\$ à 12 G\$ sur 10 ans dans des projets de réaménagement et d'agrandissement d'hôpitaux.

Graphique 5-8 : Taux de croissance annuel moyen : immobilisations



Source : Analyse du BRF des données du MSSLD et du SCT.

Nota : Les projections pour 2016-2017 sont fondées sur les dépenses planifiées dans le budget de l'Ontario 2016 et le Budget des dépenses 2016-2017. En 2005-2006, les rapports financiers de la province ont été étendus de façon à inclure les actifs hospitaliers, ce qui a joué sur le taux de croissance des dépenses des programmes d'immobilisations. À titre comparatif, ce taux a augmenté d'en moyenne 12,7 % entre 2005-2006 et 2011-2012, contre 17,7 % de 2001-2002 à 2011-2012.

La province atteindra-t-elle les cibles de dépenses en santé du budget de 2016?

La section précédente a passé en revue les principaux changements aux programmes qui, selon le BRF, ont eu une incidence marquée sur le taux de croissance des dépenses en santé de 2011-2012 à 2015-2016 et auront un effet sur la réalisation des projections de 2016-2017 à 2018-2019.

Dans la présente section, le BRF établit ses « projections statu quo » : des prévisions concernant les dépenses en santé de 2016-2017 à 2018-2019 qui tiennent compte des changements aux programmes relevés plus tôt. S'il y a une différence entre les projections statu quo du BRF et les cibles du budget de 2016 de la province, cela signifie que cette dernière devra apporter d'autres changements pour atteindre ses cibles de dépenses en santé.

Le tableau 5-2 dresse la liste des suppositions et taux de croissance qui sous-tendent les projections statu quo du BRF dans chaque secteur de programme de 2016-2017 à 2018-2019. En général, ces projections présument que les principaux changements apportés aux programmes jusqu'ici par la province (et décrits à la section précédente) se poursuivront jusqu'en 2018-2019.

Tableau 5-2 : Fondements des projections statu quo du BRF concernant les dépenses en santé jusqu'à 2018-2019

Suppositions du BRF par secteurs de programme	Taux de croissance estimé, de 2016-2017 à 2018-2019
Hôpitaux	
<ul style="list-style-type: none"> L'augmentation de 1 % de la subvention de fonctionnement de base accordée aux hôpitaux par la province pour 2016-2017 est adoptée pour l'analyse, qui présume qu'elle sera maintenue jusqu'en 2018-2019. 	2016-2017 : 1,6 % 2017-2018 : 1,6 %
<ul style="list-style-type: none"> Le taux de croissance des autres composantes du secteur des hôpitaux se maintiendra, entraînant une croissance globale de 1,6 % par année. 	2018-2019 : 1,6 %
Régime d'assurance-santé de l'Ontario	
<ul style="list-style-type: none"> Le taux de croissance provincial en 2016-2017 a été ajusté d'après l'annulation de l'annonce du budget de 2016 selon laquelle la franchise du PMO serait haussée. 	2016-2017 : 1,3 %
<ul style="list-style-type: none"> Il n'y aura pas d'autres changements aux seuils de revenus des programmes de médicaments. 	2017-2018 : 3,5 % 2018-2019 : 3,5 %
<ul style="list-style-type: none"> La croissance annuelle moyenne de 2011-2012 à 2015-2016 sera maintenue jusqu'en 2018-2019.* 	
Programmes publics de médicaments de l'Ontario	
<ul style="list-style-type: none"> Le taux de croissance provincial en 2016-2017 a été ajusté d'après l'annulation de l'annonce du budget de 2016 selon laquelle la franchise du PMO serait haussée. 	2016-2017 : 0,3 %
<ul style="list-style-type: none"> Il n'y aura pas d'autres changements aux seuils de revenus des programmes de médicaments. 	2017-2018 : 3,1 % 2018-2019 : 3,1 %
<ul style="list-style-type: none"> La croissance annuelle moyenne de 2011-2012 à 2015-2016 sera maintenue jusqu'en 2018-2019. 	
Foyers de soins de longue durée	
<ul style="list-style-type: none"> Il n'y aura pas plus de lits occupés dans les FSLD. 	2016-2017 : 2,6 %
<ul style="list-style-type: none"> Le taux de croissance prévu par la province pour le secteur en 2016-2017 est adopté pour l'analyse, qui présume qu'il se maintiendra jusqu'en 2018-2019. 	2017-2018 : 2,6 %
<ul style="list-style-type: none"> La <i>Stratégie améliorée de renouvellement des foyers de soins de longue durée</i> n'aura pas de répercussions financières notables avant la fin de 2018-2019. 	2018-2019 : 2,6 %

Tableau 5-2 : Fondements des projections statu quo du BRF concernant les dépenses en santé jusqu'à 2018-2019 (suite)

Suppositions du BRF par secteurs de programme	Taux de croissance estimé, de 2016-2017 à 2018-2019
Programmes communautaires	
• Les prévisions de croissance de la province pour les programmes communautaires en 2016-2017 sont adoptées pour l'analyse.	2016-2017 : 7,0 % 2017-2018 : 5,0 %
• L'engagement de la province à augmenter le financement de 5 % en 2017-2018 s'étendra jusqu'à 2018-2019.	2018-2019 : 5,0 %
Autres programmes	
• Le taux de croissance projeté par la province pour les autres programmes en 2016-2017 est adopté pour l'analyse.	2016-2017 : 1,2 % 2017-2018 : 2,5 %
• La croissance annuelle moyenne de 2011-2012 à 2015-2016 (à l'exclusion de son pic exceptionnel en 2014-2015) se poursuivra jusqu'en 2018-2019.	2018-2019 : 2,5 %
Immobilisations	
• Les prévisions de la province concernant la croissance des programmes d'immobilisations en 2016-2017 sont adoptées pour l'analyse, qui présume qu'elles se maintiendront en 2017-2018 et en 2018-2019.	2016-2017 : 6,6 % 2017-2018 : 6,6 % 2018-2019 : 6,6 %

* L'ICIS estime qu'à la grandeur du Canada, l'effet qu'ont eu les facteurs d'accroissement de la demande (croissance et vieillissement de la population, hausse de l'utilisation par habitant) sur les dépenses liées aux médecins de 2003 à 2008 a été de l'ordre de 3,74 % par année. Voir : Institut canadien d'information sur la santé, Facteurs d'accroissement des dépenses liées aux médecins – rapport technique, 2012, p. 14

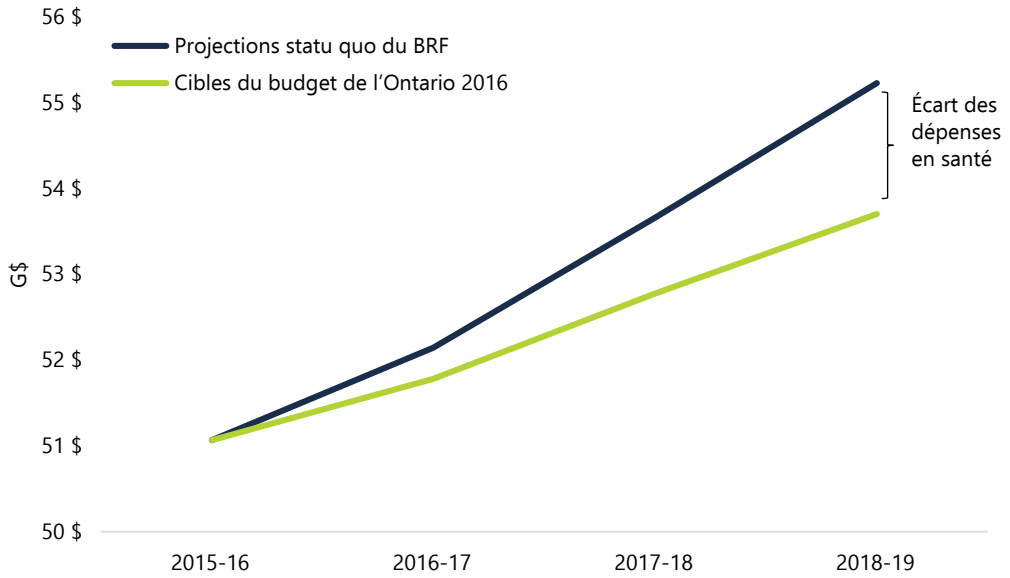
Sources : Analyse par le BRF des principaux changements aux programmes relevés aux chapitres 4 et 5.

Les suppositions et taux de croissance du tableau 5-2 font que les projections statu quo du BRF concernant les dépenses en santé tiennent compte des changements apportés aux programmes jusqu'ici par la province en supposant qu'ils se poursuivent jusqu'en 2018-2019.

Le graphique 5-9 compare ces projections du BRF à celles du budget de 2016 de la province en ce qui a trait aux cibles de dépenses en santé, et indique ainsi un écart approximatif de 0,4 G\$ en 2016-2017, de 0,9 G\$ en 2017-2018 et de 1,5 G\$ en 2018-2019. Cette estimation de l'écart dans les dépenses signifie qu'il y a peu de chances que les changements apportés aux programmes jusqu'ici soient suffisants à eux seuls pour que la province atteigne les cibles de dépenses en santé du budget de 2016 pour 2016-2017 à 2018-2019. Si elle veut respecter ses objectifs, la province devra faire plus de changements, outre ceux déjà relevés par le BRF²⁴.

²⁴ Le document *Perspectives économiques et revue financière de 2016*, publié le 14 novembre 2016, montre que les « perspectives actuelles » pour les dépenses en santé en 2016-2017 dépassent les cibles du budget de 2016 par 0,2 G\$. Aucune information n'a été fournie pour 2017-2018 et 2018-2019.

Graphique 5-9 : Estimation de l'écart entre les cibles de dépenses en santé du budget de l'Ontario 2016 et les projections statu quo du BRF



Sources : « Projections statu quo du BRF » : voir tableau 5-2. « Cibles du budget de l'Ontario 2016 » : voir Budget de l'Ontario 2016, p. 275.

6

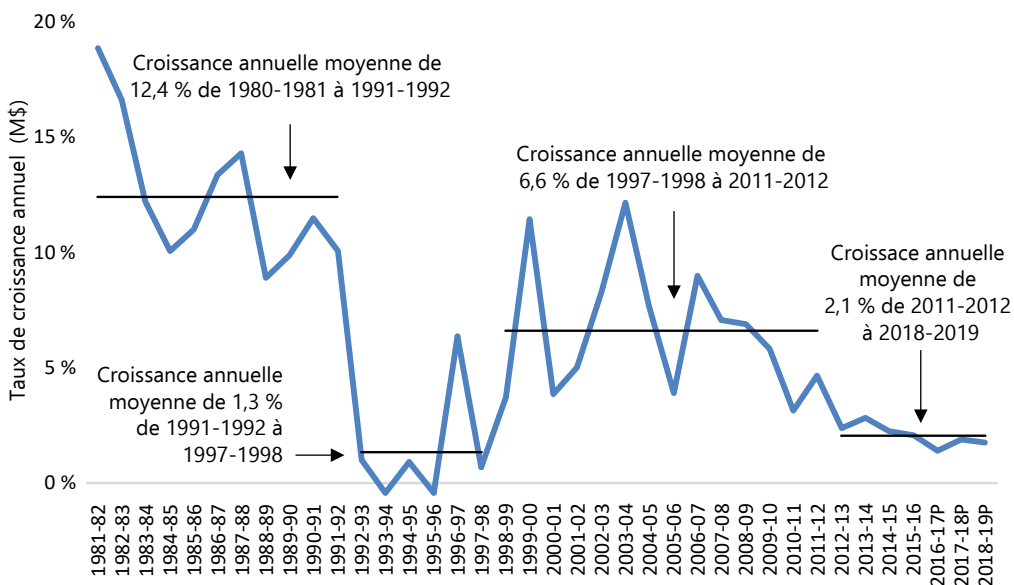
VIABILITÉ APRÈS 2018-2019

Si les cibles du budget de l'Ontario 2016 sont atteintes, on observera une augmentation moyenne de 2,1 % des dépenses en santé de 2011-2012 à 2018-2019. Le BRF se demande si 2,1 % est un taux de croissance viable après 2018-2019. Dans ce chapitre, un taux « viable » s'entend du taux nécessaire pour maintenir les mêmes normes de qualité des soins et les mêmes types de services que ceux fournis aujourd'hui. Pour étayer son analyse, le BRF a examiné les tendances du taux de croissance à long terme des dépenses en santé et des inducteurs de coûts.

Tendances des taux de croissance nominal et réel par habitant

Voici un aperçu des taux de croissance des dépenses de santé en Ontario depuis 1980-1981. Il montre des périodes de forte et de faible croissance (graphique 6-1). De 1980-1981 à 1991-1992 et de 1997-1998 à 2011-2012, les dépenses en santé ont augmenté à un taux annuel moyen de 12,4 % et de 6,6 %, respectivement, contre 1,3 % seulement de 1991-1992 à 1997-1998. De 2011-2012 à 2018-2019, ce qui comprend trois années de projections tirées du budget de l'Ontario 2016, la province prévoit une croissance annuelle moyenne de 2,1 %.

Graphique 6-1 : Taux de croissance des dépenses de l'Ontario en santé de 1980-1981 à 2018-2019



Source : Analyse du BRF des données du MSSLD, du SCT, du budget de l'Ontario 2016 et de Kneebone, Ronald et Margarita Wilkins, « Canadian Provincial Government Budget Data, 1980/81 to 2013/14 », *Analyse de Politiques*, volume 42, numéro 1, mars 2016.

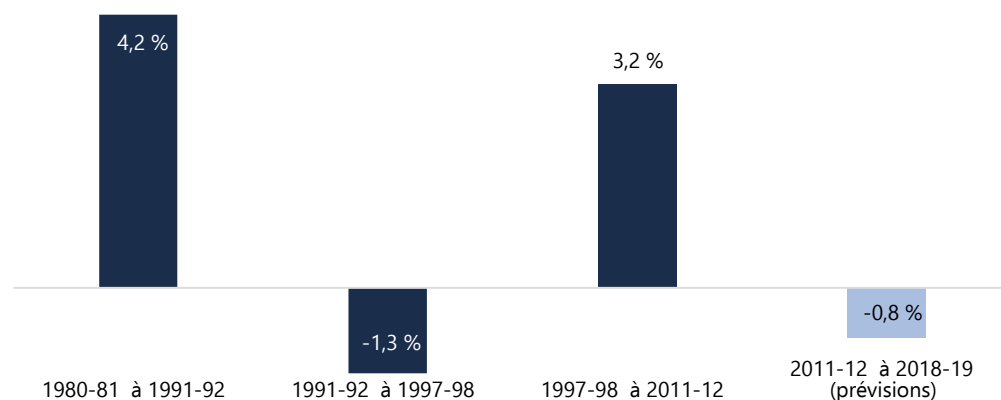
Nota : « 2016-2017P », « 2017-2018P » et « 2018-2019P » font référence aux cibles de dépenses en santé dans le budget de l'Ontario 2016.

Le graphique 6-1 montre le taux de croissance des dépenses en santé en dollars nominaux. Le graphique 6-2 supprime l'effet de la croissance de la population et de l'inflation du calcul pour illustrer la croissance par habitant, en dollars réels (c'est-à-dire en dollars ayant un pouvoir d'achat comparable d'une année à l'autre). Ce graphique confirme que les dépenses de santé en Ontario ont traversé des périodes de croissance, puis de retenue. En dollars réels par habitant, les dépenses ont progressé à un taux annuel moyen de 4,2 % de 1980-1981 à 1991-1992 et de 3,2 % de 1997-1998 à 2011-2012, mais ont *reculé* à un taux annuel moyen de 1,3 % de 1991-1992 à 1997-1998 et de 0,8 % de 2011-2012 à 2018-2019¹.

Si les cibles de dépenses en santé du budget de 2016 sont atteintes d'ici 2018-2019, les dépenses par habitant en dollars réels auront décliné, en moyenne, durant sept années consécutives. Le BRF s'interroge : les cibles de taux de croissance prévues dans le budget de 2016 après 2018-2019 sont-elles viables et, sinon, quel taux le serait? Par exemple, le déclin par habitant en dollars réels enregistré de 1991-1992 à 1997-1998 a été suivi par un taux de croissance élevé de 1997-1998 à 2011-2012.

¹ La moyenne annuelle de 2011-2012 à 2018-2019 tient compte des cibles de dépenses du budget de l'Ontario 2016.

Graphique 6-2 : Taux de croissance réels moyens annuels des dépenses de santé en Ontario, par habitant, de 1980-1981 à 2018-2019



Source : Analyse du BRF des données du MSSLD, du SCT, du budget de l'Ontario 2016, de Kneebone, Ronald et Margarita Wilkins, « Canadian Provincial Government Budget Data, 1980/81 to 2013/14 », Analyse de Politiques, volume 42, numéro 1, mars 2016, de Statistique Canada et du ministère des Finances de l'Ontario.

Nota : Les données de la colonne « 2011-2012 à 2018-2019P » comprennent les cibles de dépenses en santé du budget de l'Ontario 2016.

Quels sont les inducteurs de coûts des dépenses en santé?

L'analyse des inducteurs de coûts des dépenses en santé représente un autre moyen d'estimer les taux de croissance attendus à long terme. En règle générale, les chercheurs ont pu mesurer l'effet de la croissance de la population, du vieillissement de la population, de la croissance des revenus et de l'inflation; le solde résiduel est appelé le facteur d'enrichissement. Nous vous présentons ci-après un résumé de la documentation et une estimation des différents inducteurs de coûts des dépenses de santé pour l'Ontario².

Données démographiques : croissance et vieillissement de la population

L'effet des données démographiques sur les dépenses en santé est double. D'abord, plus la population augmente, plus la demande de services de santé augmente. Ensuite, les dépenses en santé sont plus importantes pour les personnes âgées que pour les autres groupes d'âge (à l'exception des nourrissons)³, surtout durant les deux

² Les estimations du BRF des inducteurs de coûts sont basées sur l'analyse présentée d'abord dans ses *Perspectives financières et économiques* du printemps 2016 aux pages 39 et 40. La revue de la documentation sur les inducteurs de coûts dans le secteur de la santé s'appuie principalement sur le document *Synthèse de recherche sur les générateurs de coûts dans le secteur de la santé et possibilités d'action* publié par la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé en 2011.

³ Les dépenses en santé des gouvernements provinciaux et territoriaux par habitant vont principalement aux personnes âgées et aux nourrissons. Voir : Institut canadien d'information sur la santé. *Tendances des dépenses nationales de santé, de 1975 à 2015*, 2015, p. 20.

dernières années de vie⁴. Par conséquent, en règle générale, plus la population vieillit, plus elle pèse sur le secteur des soins de santé, et donc, plus les dépenses en santé augmentent.

Tableau 6-1: Inducteurs de coûts des dépenses en santé : données démographiques

Effet des données démographiques sur les dépenses en santé (taux de croissance annuel moyen)	
Estimations du BRF pour l'Ontario d'ici 2020	
Croissance de la population	1,2 %
Vieillessement de la population	1,1 %
Estimations de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS) pour le Canada d'ici 2030	
Croissance de la population	0,4 % à 1,3 %
Vieillessement de la population	1,0 % à 1,3 %

Source : Calculs du BRF basés sur les données de Statistique Canada, de la base de données sur les dépenses nationales de santé de l'ICIS et du ministère des Finances de l'Ontario. Les estimations de la FCRSS sont tirées du document *Synthèse de recherche sur les générateurs de coûts dans le secteur de la santé et possibilités d'action* publié par la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé en 2011, p. 8-9.

Croissance des revenus

Il y a une relation positive entre la croissance des revenus et les dépenses en santé par habitant. Autrement dit, plus les revenus augmentent, plus les gens sont prêts à dépenser pour des soins de santé. Le BRF suppose qu'une augmentation de 1 % du revenu réel par habitant se traduira par une hausse de 0,8 % des dépenses en santé réelles par habitant. C'est l'hypothèse retenue par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)⁵.

Tableau 6-2 : Inducteurs de coûts des dépenses en santé : croissance des revenus

Effet de la croissance des revenus sur les dépenses en santé (taux de croissance annuel moyen)	
Estimations du BRF pour l'Ontario d'ici 2020	
Croissance des revenus	0,9 %

Source : Projection de croissance du PIB réel par habitant du BRF, tirée de ses *Perspectives financières et économiques* de l'automne 2016. Les calculs supposent que la croissance du PIB réel par habitant moyenne est de 1,2 %, ce qui se traduit par un inducteur de coûts de 0,9 %.

4 Voir : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. *Synthèse de recherche sur les générateurs de coûts dans le secteur de la santé et possibilités d'action*, 2011, p. 9.

5 Selon une revue de sa documentation, l'OCDE utilise une élasticité du revenu de 0,8. Voir : Organisation de coopération et de développement économiques. *A Projection Method for Public Health and Long-Term Care Expenditures (Une méthode de prévisions des dépenses publiques de santé et de soins de longue durée)*, 2013, p. 14 et 48.

Inflation

L'inflation, soit l'augmentation du prix des biens et services sans variation de leur qualité, joue sur les dépenses annuelles en santé. Dans ce rapport, le BRF a utilisé ses projections de l'indice des prix à la consommation (IPC) pour l'Ontario comme mesure de l'inflation en tant qu'inducteur de coûts pour les dépenses en santé.

Tableau 6-3: Inducteurs de coûts des dépenses en santé – Inflation

Effet de l'inflation (IPC) sur les dépenses en santé (taux de croissance annuel moyen)

Estimations du BRF pour l'Ontario d'ici 2020

Inflation	2,1 %
-----------	-------

Source : Calculs du BRF basés sur la projection de l'IPC dans ses *Perspectives financières et économiques* de l'automne 2016.

Il existe aussi une inflation propre au secteur de la santé, distincte du taux d'inflation selon l'IPC (p. ex., l'inflation des salaires). C'est ce dont tient compte l'inducteur de coûts qu'est l'enrichissement, décrit ci-dessous.

Enrichissement

L'enrichissement (ou le solde résiduel) est le terme général employé pour décrire la dernière composante de la croissance des dépenses en santé après la prise en compte de la croissance relative aux données démographiques, aux revenus et à l'inflation. L'enrichissement reflète l'innovation technologique en médecine, l'évolution des maladies (p. ex., traitement des maladies chroniques sur une longue période), la santé de la population en général (p. ex., taux de tabagisme), les préférences des patients (p. ex., soins à domicile, chambres individuelles) et la variation de la productivité. Il tient aussi compte des modifications aux programmes, comme une réduction des dépenses ou de nouveaux investissements, qui peuvent jouer sur le taux de croissance des dépenses en santé (voir le chapitre 5).

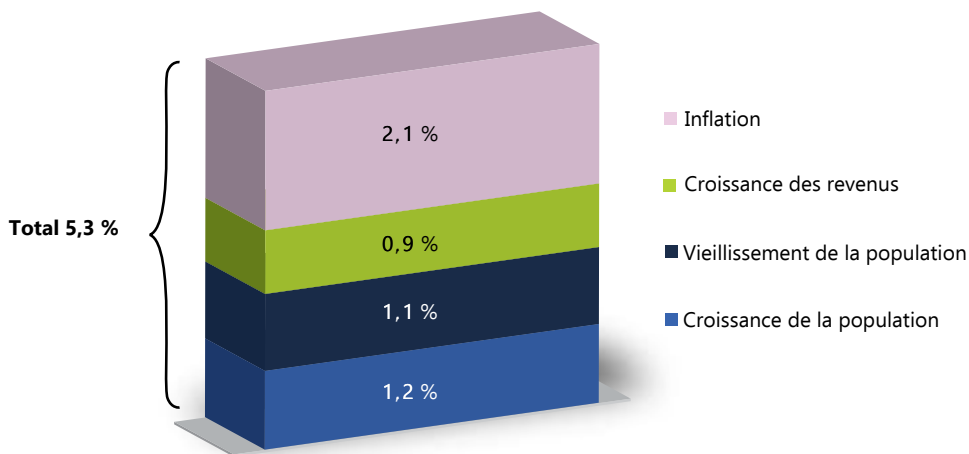
En bref, l'enrichissement peut avoir un effet positif ou négatif sur le taux de croissance des dépenses en santé. Si le taux réel est plus élevé que ne le laissent croire les données démographiques, la croissance des revenus et l'inflation, c'est que l'enrichissement est positif, et vice-versa⁶.

⁶ Voir les *Perspectives financières et économiques* du BRF du printemps 2016, p. 40, pour connaître l'effet estimé de l'enrichissement sur la croissance des dépenses dans le secteur de la santé de 2006 2007 à 2020 2021.

Résumé : inducteurs de coûts des dépenses en santé de l'Ontario

Les estimations des inducteurs de coûts ne sont pas des prévisions précises, mais plutôt une indication des facteurs qui influenceront le taux de croissance des dépenses en santé. Le BRF estime que les changements démographiques, la croissance des revenus et l'inflation feront pression dans le sens d'une augmentation des dépenses de l'ordre de 5,3 % par année au cours des cinq prochaines années (Graphique 6-3)⁷. Cette analyse entretient le doute sur la viabilité d'un taux de croissance d'environ 2 % après 2018-2019.

Graphique 6-3 : Estimation des inducteurs de coûts relatifs aux dépenses en santé d'ici 2020, Taux de croissance annuel moyen



Source : Tableaux 6-1 à 6-3.

Résumé : dépenses en santé après 2018-2019

L'examen des tendances du taux de croissance des dépenses en santé et des inducteurs de coûts amène le BRF à se demander si le taux de croissance attendu après 2018-2019 sera suffisant. L'effet de la modification des programmes de santé provinciaux sur la qualité et la prestation des soins devra faire l'objet d'une analyse, d'autant plus importante qu'il s'agira d'un facteur déterminant pour évaluer le taux de croissance viable des dépenses en santé après 2018-2019. Qualité des services de santé Ontario, l'organisme provincial mandaté pour conseiller la province sur la qualité des soins, souligne que dans un contexte de contraintes budgétaires comme

⁷ Dans ce rapport, le BRF n'a pas établi de nouvelles prévisions pour l'enrichissement, qui dépendra des décisions de la province entourant ses programmes et d'autres facteurs.

aujourd'hui, « veiller à ce que la qualité des soins ne soit pas compromise et continue de s'améliorer pose un défi crucial⁸ ». Le dernier rapport qu'a publié l'organisme sur la situation du système de santé tient compte des données recueillies jusqu'à 2014-2015, ce qui correspond uniquement aux trois premières des sept années de restrictions des dépenses prévues par la province⁹.

Il faudra plus de temps pour mesurer l'effet des changements apportés dans les programmes par la province pour atteindre ses cibles de dépenses en santé en 2018-2019. Ultimement, le taux de croissance des dépenses variera selon que les changements apportés ont mené à des gains d'efficacité et de qualité ou qu'ils ont simplement différé les dépenses requises pour maintenir la qualité et le niveau des services.

8 Qualité des services de santé Ontario. *À la hauteur : rapport annuel sur le rendement du système de santé de l'Ontario*, 2015, p. 8.

9 Qualité des services de santé Ontario. *À la hauteur : rapport annuel sur le rendement du système de santé de l'Ontario*, 2016. La majorité des indicateurs de rendement sont présentés en date de 2014-2015, mais certains incluent les données de 2015-2016, tandis que d'autres s'arrêtent à 2013-2014 ou avant.



CONCLUSIONS ET QUESTIONS

Conclusions

L'objet du rapport est d'analyser comment la province prévoit atteindre les cibles de dépenses en santé qu'elle a présentées dans le budget de l'Ontario 2016, et de déterminer si le taux de croissance nécessaire à l'atteinte de ces cibles sera viable après 2018-2019.

Depuis 2012-2013, la province a réduit le taux de croissance annuel de ses dépenses en santé, principalement en ralentissant la croissance des programmes du côté des hôpitaux et de l'Assurance-santé de l'Ontario. L'analyse du BRF des changements dans les programmes de santé montre que la province a pu réaliser d'importantes économies en gelant les subventions de fonctionnement de base accordées aux hôpitaux et en réduisant les paiements aux médecins en 2013 et en 2015.

Pour déterminer si la province est en voie d'atteindre les cibles fixées dans son budget de 2016, le BRF a préparé des « projections statu quo » des dépenses en santé pour la période de 2016-2017 à 2018-2019 en tenant compte des changements qu'a apportés la province aux programmes jusqu'à maintenant et qui seront maintenus jusqu'à 2018-2019. Le BRF estime que la province devra apporter d'autres changements afin de réaliser des économies de 0,4 G\$ en 2016-2017, de 0,9 G\$ en 2017-2018 et de 1,5 G\$ en 2018-2019 si elle veut atteindre ses cibles.

Si les cibles du budget de 2016 sont atteintes, on observera une augmentation moyenne de 2,1 % des dépenses en santé de 2011-2012 à 2018-2019. Le BRF a

examiné les tendances à long terme des dépenses et les inducteurs de coûts en santé pour déterminer si un taux de croissance annuel de 2,1 % serait viable et suffisant pour maintenir la qualité et le niveau des soins et services. Son analyse montre que depuis 2011-2012, les dépenses en santé réelles par habitant ont diminué. Le BRF estime que les changements démographiques, la croissance des revenus et l'inflation feront pression dans le sens d'une augmentation des dépenses de l'ordre de 5,3 % par année. Cette situation soulève des questions quant à la viabilité du taux de croissance des dépenses en santé du budget de 2016 au-delà de 2018-2019.

Ultimement, le taux de croissance viable des dépenses après 2018-2019 dépendra de l'effet qu'aura la modification des programmes de santé provinciaux sur la qualité et les résultats. Il faudra analyser cet effet pour déterminer si les changements ont mené à des gains d'efficacité et de qualité ou s'ils ont simplement différé les dépenses requises pour maintenir la qualité et le niveau des services.

Questions pour la province

À la lumière des analyses du présent rapport, les députés à l'Assemblée législative pourraient vouloir poser les questions suivantes à la province afin de mieux comprendre comment elle compte s'y prendre pour que les dépenses en santé suivent les cibles du budget de l'Ontario 2016 et le taux de croissance prévu après 2018-2019.

Tableau 7-1 : Questions

Point d'intérêt et importance	Questions
Cibles de dépenses en santé jusqu'à 2018-2019	
<p>Le BRF a relevé divers changements dans les programmes de santé qui ont ralenti le taux de croissance des dépenses du secteur depuis 2012-2013. Il estime toutefois, d'après l'information dont il dispose, que si la province veut atteindre les cibles de dépenses en santé établies dans son budget de 2016, elle devra apporter d'autres modifications à ses programmes afin de réaliser des économies de 0,4 G\$ en 2016-2017, de 0,9 G\$ en 2017-2018 et de 1,5 G\$ en 2018-2019.</p>	<p>Quels changements additionnels pourraient être apportés aux programmes afin d'atteindre les cibles de dépenses en santé du budget de 2016 pour les exercices 2016-2017, 2017-2018 et 2018-2019?</p>
Viabilité après 2018-2019	
<p>Si les cibles de dépenses en santé du budget de 2016 sont atteintes, le taux de croissance annuel des dépenses en santé sera d'en moyenne 2,1 % de 2011-2012 à 2018-2019. Or, l'examen des tendances passées et des inducteurs de coûts qu'a effectué le BRF soulève des questions quant à la possibilité de maintenir la qualité et le niveau des soins et services moyennant une croissance annuelle de 2,1 %.</p>	<p>Quels sont les effets attendus des changements apportés aux programmes de santé par la province sur la qualité, l'efficacité et le niveau des services du système de santé?</p> <p>Selon la province, quel serait le taux de croissance annuel viable pour les dépenses en santé après 2018-2019 si elle veut préserver la qualité et la nature des soins et services fournis?</p>



8

ANNEXES

L'annexe A contient des renseignements généraux sur chaque secteur des programmes de santé, notamment les dépenses annuelles et les taux de croissance de 2002-2003 à 2016-2017, ainsi qu'une description de chacun.

L'annexe B fournit des renseignements généraux sur l'élaboration du présent rapport.

L'annexe A : Financement et composition des secteurs de programme

Hôpitaux

Les chiffres présentés pour le secteur de programme des hôpitaux comprennent le financement alloué par la province aux activités de ses hôpitaux et aux services hospitaliers psychiatriques spécialisés, en plus d'un ajustement de consolidation qui tient compte des charges de fonctionnement nettes des hôpitaux.

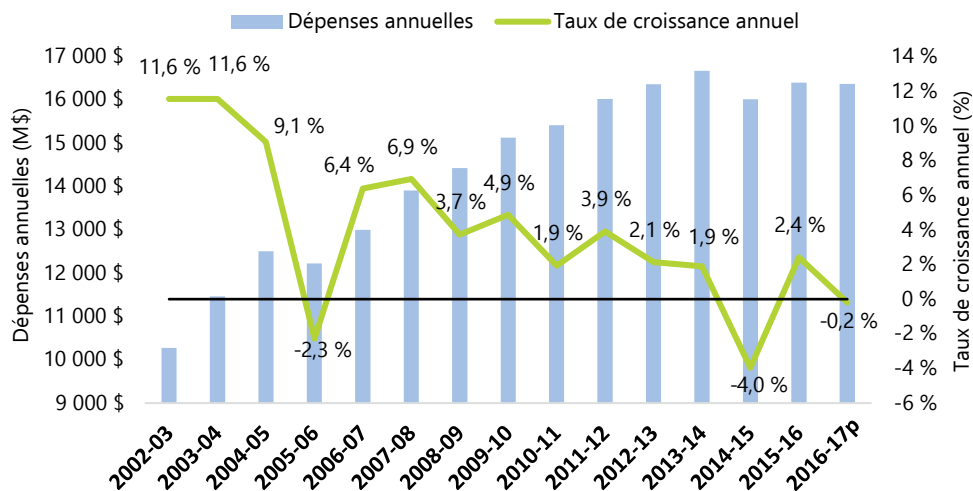
En revanche, il ne comprend pas le financement versé aux médecins pour le volet hospitalier de leur pratique, qui est plutôt compris dans le programme de l'Assurance-santé de l'Ontario, ni le financement alloué aux immobilisations des hôpitaux, qui fait partie du programme d'immobilisations.

La province est la principale source de revenus des hôpitaux; elle représente environ 85 % à 100 % de leurs revenus de fonctionnement¹. L'effet net des autres

¹ Association des hôpitaux de l'Ontario. *Physician Leadership Resource Manual*, p. 4 (consulté le 8 août 2016) : [https://www.oha.com/CurrentIssues/keyinitiatives/PhysicianandProfessionalIssues/QPSGT/Documents/Module%201%20-%201.3%20\(Mar%2025%202013\).pdf](https://www.oha.com/CurrentIssues/keyinitiatives/PhysicianandProfessionalIssues/QPSGT/Documents/Module%201%20-%201.3%20(Mar%2025%202013).pdf).

sources, comme les activités qui génèrent des revenus (cafétéria, stationnement), les subventions et les dons de bienfaisance et autres dons, est comptabilisé au moyen d'un ajustement de consolidation qui tient compte des charges de fonctionnement nettes des hôpitaux (comme indiqué ci-dessus).

Graphique 8-1 : Dépenses (M\$) et taux de croissance annuel, de 2002-2003 à 2016-2017



Source : Analyse du BRF des données du MSSLD et du SCT.

Nota : Les projections pour 2016-2017 sont fondées sur les dépenses planifiées dans le budget de l'Ontario 2016 et le Budget des dépenses 2016-2017.

En 2014-2015, les dépenses de 16,0 G\$ du secteur de programme des hôpitaux étaient réparties comme suit :

Tableau 8-1 : Hôpitaux : financement par programmes en 2014-2015

Programme	Financement (M\$)
Subvention de fonctionnement de base	12 216,0 \$
Plan opérationnel après la construction	1 818,6 \$
Services prioritaires et soins intensifs	2 029,9 \$
Stratégie de réduction du temps d'attente	237,7 \$
Initiative sur le déficit des fonds de roulement des hôpitaux	75,2 \$
Hôpitaux psychiatriques spécialisés	620,1 \$
Recouvrement de l'année précédente	(197,3 \$)
Ajustement de consolidation	(788,0 \$)
Total – Programmes hospitaliers	16 012,1 \$

Sources : MSSLD et SCT.

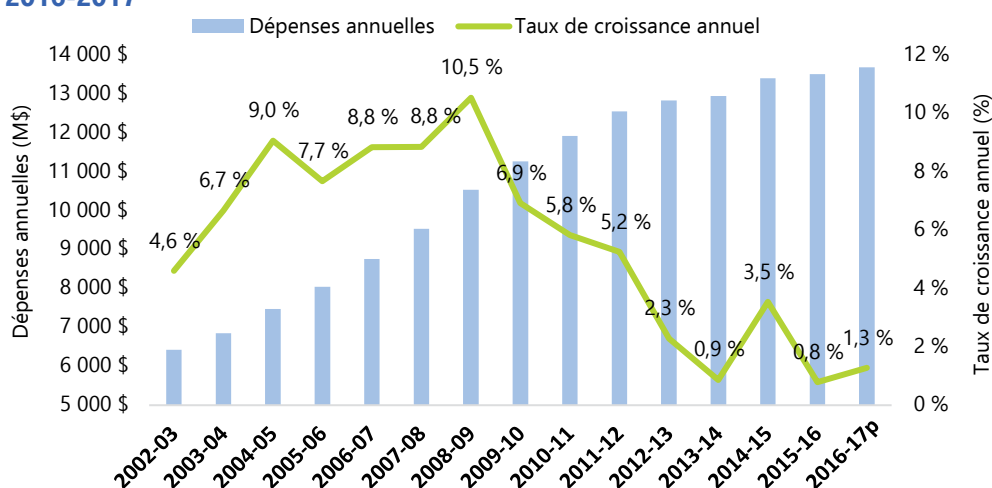
Description des programmes

- Subvention de fonctionnement de base : financement visant les activités générales des hôpitaux. Le financement est divisé en trois grands volets :
 - un montant forfaitaire (le budget global), basé sur le financement passé, sans lien avec les résultats, la complexité des cas traités ou les services offerts;
 - un montant en fonction des patients (modèle d'allocation fondée sur la santé), lié aux estimations des dépenses en soins de santé provenant de l'analyse des facteurs démographiques régionaux et de la nature et de la complexité des soins prodigués dans chaque hôpital;
 - un montant (actes médicaux fondés sur la qualité) conditionnel à la prestation de services précis (p. ex., arthroplastie de la hanche, chirurgie de la cataracte) établi à des taux fondés sur les pratiques exemplaires et le niveau d'efficacité attendu.
- Plan opérationnel après la construction : financement visant l'exploitation des immobilisations nouvellement mises en place admissibles.
- Services prioritaires et soins intensifs : financement des services comme les chirurgies cardiaques ou neurologiques ou la transplantation d'organes.
- Stratégie de réduction du temps d'attente : financement visant à réduire le temps d'attente en chirurgie, avant un diagnostic ou en salle d'urgence, notamment selon cinq priorités : oncologie; cardiologie; cataractes; hanches et genoux; et appareils d'IRM et tomographes à émission de positons.
- Initiative sur le déficit des fonds de roulement des hôpitaux : financement visant les hôpitaux dont le fonds de roulement est déficitaire et le déficit du fonds de roulement du secteur hospitalier en général.
- Hôpitaux psychiatriques spécialisés : programme provincial visant à fournir divers services en santé mentale, comme les soins actifs aux malades hospitalisés, la réadaptation à long terme, les programmes de traitement spécialisés, la recherche et les services de soutien communautaires.

Assurance-santé de l'Ontario

L'Assurance-santé de l'Ontario finance plus de 6 000 services assurés offerts aux résidents de l'Ontario admissibles par différents fournisseurs, comme les médecins, les hôpitaux, les laboratoires communautaires, les établissements de santé autonomes et d'autres cliniques. Les services admissibles sont régis par règlement en application de la *Loi sur l'assurance-santé* et comprennent notamment : les services de médecin, les services hospitaliers, les services de laboratoire, les services de soins de la vue et les services dentaires qui nécessitent une hospitalisation.

Graphique 8-2 : Dépenses (M\$) et taux de croissance annuel, de 2002-2003 à 2016-2017



Source : Analyse du BRF des données du MSSLD et du SCT.

Nota : Les projections pour 2016-2017 sont fondées sur les dépenses planifiées dans le budget de l'Ontario 2016 et le Budget des dépenses 2016-2017.

Nota : Le budget de dépenses du secteur de programme de l'Assurance-santé de l'Ontario comprend le financement de tous les services de l'Assurance-santé, à l'exception des services hospitaliers prescrits que la province finance par la subvention de fonctionnement de base des hôpitaux. Cette subvention est comprise dans le secteur de programme des hôpitaux dont il est question ci-dessus, et non dans celui de l'Assurance-santé de l'Ontario.

En 2014-2015, le financement de 13,4 G\$ du secteur de programme de l'Assurance-santé de l'Ontario était réparti comme suit² :

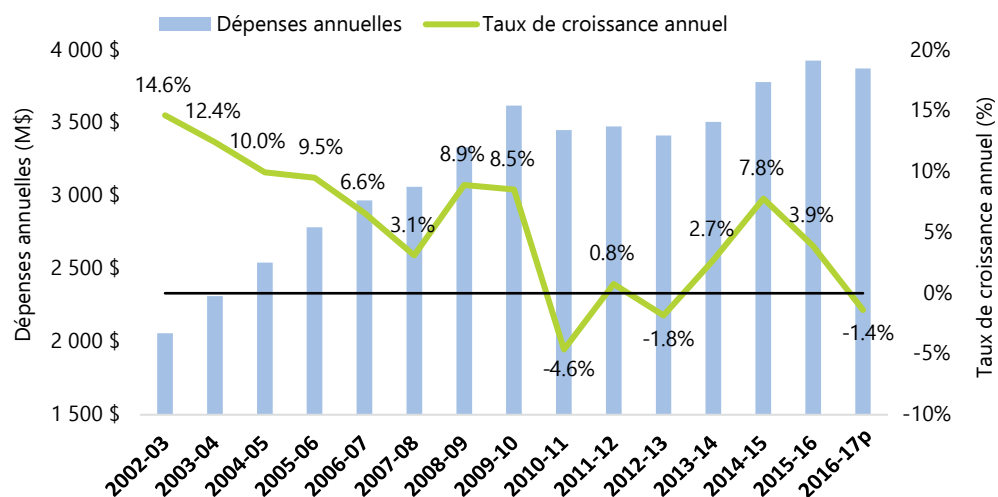
- 7,8 G\$ (58,4 %) pour la rémunération à l'acte des médecins, ce qui inclut :

² Source : MSSLD.

- le financement basé sur les réclamations des médecins et des installations de diagnostic;
- le programme de remboursement pour l'assurance responsabilité médicale;
- l'allocation psychiatrique en santé mentale et le programme de stabilisation hospitalier pédiatrique;
- 3,3 G\$ (24,4 %) pour les services facturés par les médecins autres que la rémunération à l'acte, ce qui inclut :
 - les programmes d'autres modes de paiement;
 - les centres des sciences de la santé universitaires;
 - les hôpitaux psychiatriques provinciaux déchués;
 - le régime d'avantages sociaux des médecins;
 - les médecins en laboratoire;
 - les modèles de soins primaires pondérés, modèles spécialisés, etc.;
 - Accès Soins et la santé autochtone;
- 2,3 G\$ (17,2 %) pour d'autres soins et services de l'Assurance-santé de l'Ontario, ce qui inclut :
 - les infirmières praticiennes et les équipes de santé familiale;
 - les autres praticiens : physiothérapeutes, optométristes, dentistes, podiatres;
 - les laboratoires communautaires;
- les programmes hors province ou hors pays.

Programmes publics de médicaments de l'Ontario

Graphique 8-3 : Dépenses (M\$) et taux de croissance annuel, de 2002-2003 à 2016-2017



Source : Analyse du BRF des données du MSSLD et du SCT.

Nota : Les projections pour 2016-2017 sont fondées sur les dépenses planifiées dans le budget de l'Ontario 2016 et le Budget des dépenses 2016-2017.

Les programmes publics de médicaments de l'Ontario, détaillés ci-dessous, financent l'achat de plus de 4 400 médicaments.

- Programme de médicaments de l'Ontario (PMO) : Le programme est offert principalement aux Ontariens de 65 ans et plus qui détiennent une carte Santé valide.
- Programme de médicaments spéciaux : Le programme finance intégralement l'achat de certains médicaments administrés à long terme à des patients des services de consultations externes pour traiter certaines maladies ou affections. Les médicaments doivent être obtenus auprès d'un hôpital autorisé pour un traitement hors de l'hôpital, conformément à la Loi sur l'assurance-santé.
- Programme de médicaments Trillium : Ce sous-programme du PMO offre une assurance-médicament aux ménages qui alloue une importante part de leur revenu aux dépenses en médicaments. Le remboursement commence une fois que les demandeurs inscrits ont payé des coûts de médicament sur ordonnance équivalant à la franchise du programme. Cette franchise dépend du revenu net du ménage et du nombre de ménages inscrits. Une fois la franchise payée, les ménages paient au plus 2 \$ par ordonnance admissible.
- Programme de financement des nouveaux médicaments : Le programme couvre le coût des nouveaux médicaments contre le cancer approuvés qui sont administrés par voie intraveineuse dans les hôpitaux. Quant aux thérapies orales contre le cancer, elles sont couvertes par le PMO chez les patients admissibles.
- Programme d'aide pour les maladies métaboliques héréditaires : Le programme finance intégralement certains médicaments pour les patients des services de consultations externes, ainsi que certains suppléments et aliments de spécialité employés dans le traitement de troubles métaboliques.
- Programme de traitement à la Visudyne : Ce programme, régi par la Loi sur l'assurance-santé, couvre en totalité le coût de la Visudyne (vertéporfine) pour les patients qui répondent à des critères de perte de la vue précis.
- Programme de prophylaxie pour les infections à virus respiratoire syncytial : Le programme finance le traitement de certains nourrissons à haut risque qui remplissent les conditions de traitement et de financement du médicament Synagis.

En 2014-2015, les dépenses de 3,8 G\$ allouées aux programmes publics de médicaments de l'Ontario étaient réparties comme suit :

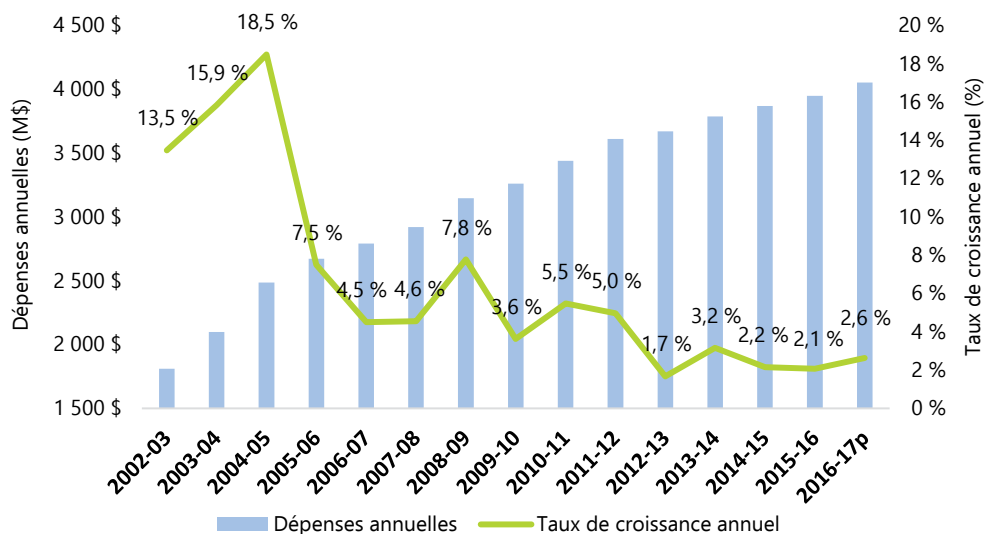
Tableau 8-2 : Programmes publics de médicaments de l'Ontario : financement par programmes en 2014 201

Programme	Financement (M\$)	% du total
Programme de médicaments de l'Ontario	2 834,8 \$	74,9 %
Programme de médicaments spéciaux	142,4 \$	3,8 %
Programme de médicaments Trillium	420,3 \$	11,1 %
Programme de financement des nouveaux médicaments	329,3 \$	8,7 %
Programme d'aide pour les maladies métaboliques héréditaires	32,4 \$	0,9 %
Programme de traitement à la Visudyne	0,2 \$	0,0 %
Programme de prophylaxie pour les infections à virus respiratoire syncytial	22,8 \$	0,6 %
Total – Programmes publics de médicaments de l'Ontario	3 782,3 \$	100,0 %

Sources : MSSLD et SCT.

Foyers de soins de longue durée

Graphique 8-4 : Dépenses (M\$) et taux de croissance annuel, de 2002-2003 à 2016-2017



Source : Analyse du BRF des données du MSSLD et du SCT.

Nota : Les projections pour 2016-2017 sont fondées sur les dépenses planifiées dans le budget de l'Ontario 2016 et le Budget des dépenses 2016-2017.

Le secteur de programme des FSLD soutient financièrement près de 78 000 résidents dans 627 FSLD en Ontario³. Il existe deux canaux de financement : l'allocation quotidienne versée aux exploitants de FSLD et les sources de financement supplémentaires. En 2014-2015, les dépenses totales du secteur s'élevaient à 3,9 G\$, soit 3,2 G\$ pour l'allocation quotidienne et 0,7 G\$ pour les sources de financement supplémentaires⁴.

Allocation quotidienne

L'allocation quotidienne (appelée « allocation quotidienne selon le niveau de soins dans les FSLD ») est le montant de base versé par la province aux exploitants de FSLD pour chaque résident. Au 1^{er} juillet 2016, elle s'élevait à 166,63 \$⁵. La province ajuste ce montant en tenant compte de la santé des résidents et du taux d'occupation général de chaque foyer (la province s'attend à ce que les exploitants maintiennent un taux d'occupation d'au moins 97 %, sans quoi l'allocation sera réduite).

Les résidents des FSLD doivent participer au paiement de l'allocation versée par la province. Au 1^{er} juillet 2016, leur quote-part s'élevait à 58,99 \$ par jour⁶. Le coût net de l'allocation pour la province est donc de 107,64 \$.

Les résidents choisissent l'hébergement avec services privilégiés ou avec services de base (chambres à un ou à deux lits). Ceux qui choisissent la première option doivent payer le tarif journalier de 58,99 \$, plus un montant supplémentaire oscillant entre 8,09 \$ et 25,28 \$ par jour, selon le type d'hébergement et la date d'arrivée du résident⁷. Comme ce supplément est versé à l'exploitant du foyer, il ne modifie pas le coût net de l'allocation pour la province.

Finalement, la province offre un taux de réduction aux résidents âgées à faible revenu qui ont opté pour l'hébergement avec services de base et n'ont pas les moyens de payer la quote-part. Environ 33 000 résidents profitent d'une réduction sur le tarif journalier de 58,99 \$⁸.

Sources de financement supplémentaires

Outre l'allocation quotidienne, la province effectue des paiements par l'intermédiaire de programmes de financement supplémentaire, par exemple :

3 Source : MSSLD.

4 *Ibid.*

5 Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Politique financière sur les foyers de soins de longue durée, *Résumé des allocations quotidiennes selon le niveau de soins dans les FSLD*, juillet 2016.

6 Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. *Bulletin à l'intention des résidents de foyers de soins de longue durée*, mai 2016.

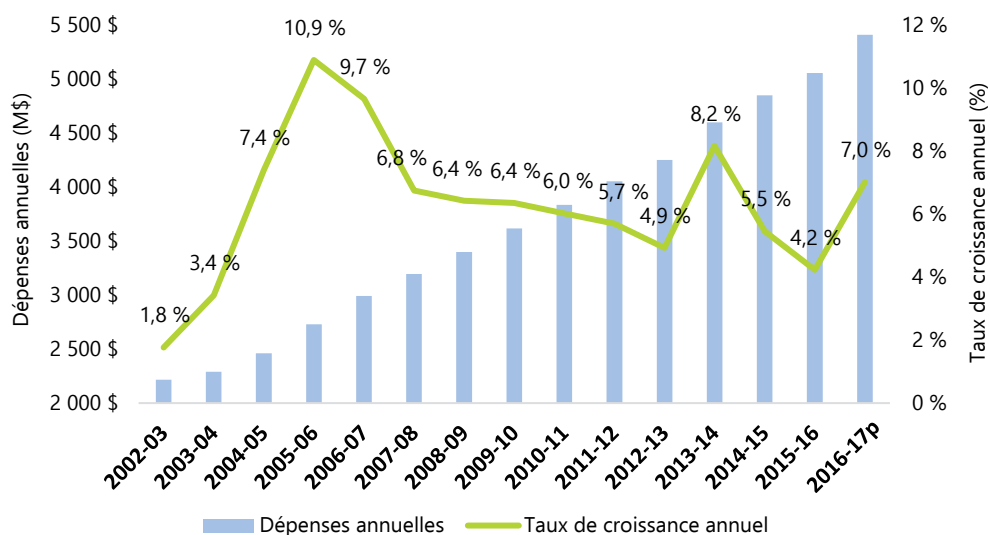
7 *Ibid.*

8 Source : MSSLD.

- l'objectif de la province de réaménager quelque 31 000 lits pour satisfaire aux normes de conception actuelles (la Stratégie améliorée de renouvellement des foyers de soins de longue durée) par le paiement d'une allocation quotidienne d'au plus 23,03 \$ par lit aux exploitants de FSLD pendant 25 ans après la fin des travaux de renouvellement⁹;
- l'allocation versée aux exploitants de FSLD à but lucratif pour rembourser l'impôt foncier municipal.

Programmes communautaires

Graphique 8-5 : Dépenses (M\$) et taux de croissance annuel, de 2002-2003 à 2016-2017



Source : Analyse du BRF des données du MSSLD et du SCT.

Nota : Les projections pour 2016-2017 sont fondées sur les dépenses planifiées dans le budget de l'Ontario 2016 et le Budget des dépenses 2016-2017.

Le secteur des programmes communautaires soutient les services communautaires et à domicile grâce aux programmes suivants :

- Centres d'accès aux soins communautaires. La province compte 14 centres qui coordonnent et fournissent un large éventail de services de soins à domicile, comme des services de soins infirmiers, de gestion des cas, de soutien à la personne, de physiothérapie, d'ergothérapie, de travail social, de conseils en

⁹ *Ibid.*

matière d'alimentation et de fournitures médicales¹⁰.

- Services de soutien communautaire. Plus de 800 organismes fournissent 19 différents services de repas (p. ex., popotes roulantes, repas communautaires), de transport, de soutien aux aidants naturels (p. ex., conseils, groupes de soutien), de visites (p. ex., bénévoles formés pour visiter des clients à domicile) et de formation et de conseils touchant les soins palliatifs, ou des services destinés aux personnes non voyantes ou ayant une déficience visuelle et aux personnes sourdes ou ayant une perte auditive congénitale ou acquise.
- Programmes d'aide à la vie autonome dans des logements supervisés. Ces programmes fournissent une aide personnelle sur place ou des services d'accompagnement aux personnes âgées vulnérables ou aux personnes ayant un handicap physique, souffrant de lésions cérébrales acquises ou vivant avec le VIH/sida qui n'ont pas besoin de soins infirmiers 24 heures sur 24, et qui peuvent donc rester à la maison si elles reçoivent de l'aide, mais dont les besoins ne peuvent néanmoins pas être comblés uniquement par une visite planifiée. Ces programmes prévoient diverses combinaisons de services de soutien personnel et de services essentiels d'aide familiale, des vérifications de sécurité, des services de réconfort et une coordination des soins. Les services sont fournis dans des milieux résidentiels communautaires permanents, de préférence sans but lucratif.
- Centres de santé communautaires (CSC). Il s'agit de fournisseurs de services de santé sans but lucratif qui offrent des services de santé communautaires aux populations vulnérables (pauvreté, langue, situation géographique, culture, logement, garde d'enfants, transport). Les CSC mettent l'accent sur les soins primaires, la prévention des maladies, la promotion de la santé, le renforcement communautaire et l'intégration des services.
- Programme communautaire de santé mentale et de dépendance. Le programme offre un soutien aux gens aux prises avec une maladie mentale grave, des problèmes de jeu ou des problèmes de toxicomanie, ainsi qu'à leur famille.
- Services communautaires pour les personnes souffrant de lésions cérébrales acquises. Il s'agit de services communautaires spécialisés de soutien comportemental destinés aux adultes, comme des programmes de jour

¹⁰ Qualité des services de santé Ontario. *À la hauteur : rapport annuel sur le rendement du système de santé de l'Ontario, 2015*, p. 66. Il est à noter que la province propose de transférer la responsabilité de la gestion et de la prestation des services de soins à domicile et en milieu communautaire des CASC aux RLISS. Les RLISS deviendraient aussi responsables du processus de placement des FSLD, qui est pour l'instant sous la gouverne des CCAC. Voir : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. *Priorité aux patients : Plan d'action en matière de soins de santé, 2015*, ainsi que la proposition de loi.

spécialisés, des formations sur l'indépendance et des services de proximité.

En 2014-2015, les dépenses de 4,9 G\$ du secteur des programmes communautaires étaient réparties comme suit :

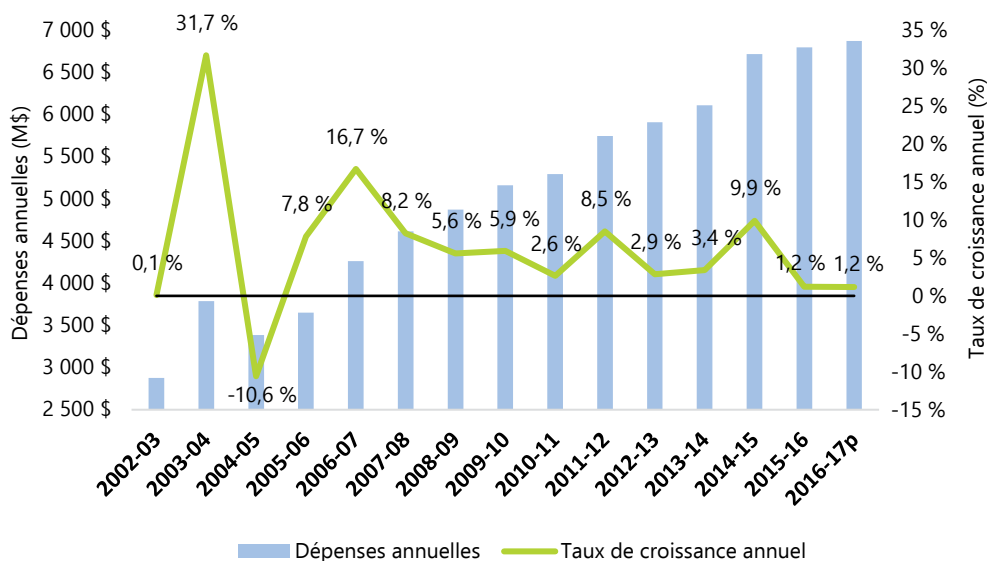
Tableau 8-3 : Programmes communautaires : financement par programmes en 2014-2015

Programme	Financement (M\$)	% du total
Centres d'accès aux soins communautaires	2 509,1 \$	51,7 %
Services de soutien communautaire	546,8 \$	11,3 %
Programmes d'aide à la vie autonome dans des logements supervisés	274,8 \$	5,7 %
Centres de santé communautaires	382,9 \$	7,9 %
Programme communautaire de santé mentale et de dépendance	1 065,0 \$	21,9 %
Services communautaires pour les personnes souffrant de lésions cérébrales acquises	74,9 \$	1,5 %
Total – Programmes communautaires	4 853,6 \$	100,0 %

Sources : MSSLD et SCT.

Autres programmes

Graphique 8-6 : Dépenses (M\$) et taux de croissance annuel, de 2002-2003 à 2016-2017



Source : Analyse du BRF des données du MSSLD et du SCT.

Nota : Les projections pour 2016-2017 sont fondées sur les dépenses planifiées dans le budget de l'Ontario 2016 et le Budget des dépenses 2016-2017.

Les autres programmes englobent plus de 40 programmes et catégories de financement. En 2014-2015, les dépenses de 6,7 G\$ des autres programmes étaient réparties comme suit :

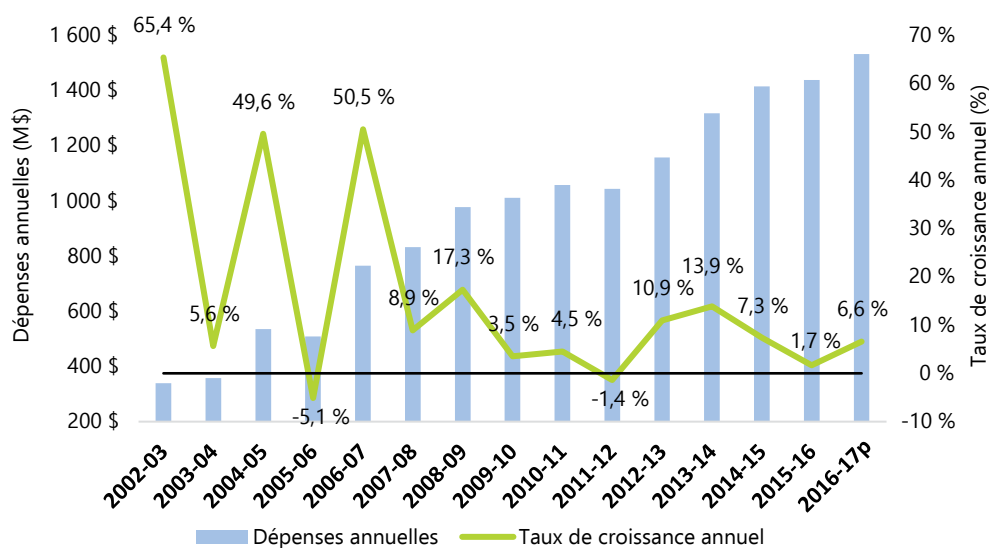
Tableau 8-4 : Autres programmes : financement par programmes en 2014-2015

Programme	Financement (M\$)	% du total
Formation clinique	733,7 \$	10,9 %
CyberSanté Ontario (paiement de transfert)	314,8 \$	4,7 %
Services de sages-femmes	120,8 \$	1,8 %
Programme d'appareils et accessoires fonctionnels	458,7 \$	6,8 %
Éclosion de maladies	135,9 \$	2,0 %
Santé publique Ontario	156,1 \$	2,3 %
Action Cancer Ontario (paiement de transfert)	1 302,0 \$	19,4 %
Société canadienne du sang	482,7 \$	7,2 %
Fonctionnement du RLISS	97,6 \$	1,5 %
Services municipaux d'ambulance	590,2 \$	8,8 %
Services d'ambulance aérienne (Ornge) (paiement de transfert)	162,7 \$	2,4 %
Organismes officiels de soins de santé (y compris la promotion de la santé)	668,1 \$	9,9 %
Charges directes de fonctionnement (administration du ministère)	569,5 \$	8,5 %
Tous les autres programmes	923,6 \$	13,8 %
Total – Autres programmes	6 716,4 \$	100,0 %

Sources : MSSLD et SCT.

Immobilisations

Graphique 8-7 : Dépenses (M\$) et taux de croissance annuel, de 2002-2003 à 2016-2017



Source : Analyse du BRF des données du MSSLD et du SCT.

Nota : Les projections pour 2016-2017 sont fondées sur les dépenses planifiées dans le budget de l'Ontario 2016 et le Budget des dépenses 2016-2017. En 2005-2006, les rapports financiers de la province ont été étendus de façon à inclure les actifs hospitaliers, ce qui a joué sur le taux de croissance des dépenses des programmes d'immobilisations.

Les dépenses du secteur de programme des immobilisations comprennent le financement des immobilisations pour les hôpitaux, les programmes communautaires et les projets en information et en technologie de l'information. Elles sont comptabilisées selon la méthode de la comptabilité d'exercice, c'est-à-dire que les subventions en espèces pour les projets d'immobilisations (comme les grands projets d'hôpitaux) sont constatées en tant que charges d'immobilisations sur la durée de la vie utile de l'actif, plutôt qu'au moment du paiement. Les dépenses de 1,5 G\$ en 2016-2017 comprennent les programmes suivants¹¹ :

- 1 344 M\$ en immobilisations liées aux hôpitaux, comme les grands projets d'hôpitaux, le renouvellement des infrastructures, le financement de l'équipement d'Action Cancer Ontario et un ajustement de consolidation pour tenir compte des résultats financiers du secteur hospitalier;
- 104 M\$ pour les programmes communautaires, comme le programme de santé communautaire et les laboratoires de santé publique;

¹¹ Source: MSSLD et Budget des dépenses 2016-2017.

- 56 M\$ en immobilisations pour CyberSanté Ontario;
- 27 M\$ pour les autres programmes et ajustements, comme des projets ministériels en information et en technologie de l'information et la consolidation des organismes du Ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD).

L'annexe B : Élaboration de ce rapport

Autorité

Le directeur de la responsabilité financière a choisi d'effectuer l'analyse présentée dans le présent rapport en vertu de l'alinéa 10(1)a) de la *Loi de 2013 sur le directeur de la responsabilité financière*.

Principales questions

Voici les principales questions qui ont servi à orienter les recherches durant la rédaction du présent rapport :

- Comment la province prévoit-elle atteindre les projections de dépenses à moyen terme du budget de l'Ontario 2016 pour le secteur de la santé?
 - Quel est le taux de croissance des principaux postes de dépenses du secteur (p. ex., hôpitaux, médecins, médicaments, foyers de soins de longue durée, etc.) de 2001-2002 à 2018-2019?
- Sur quoi est basé le taux de croissance moyen composé de 2,4 % observé de 2011-2012 à 2015-2016 dans le secteur?
 - Quels changements ont été apportés aux programmes?
- Quel est le plan d'action pour atteindre le taux de croissance prévu de 2015-2016 à 2018-2019 dans le secteur?
 - Quels autres changements faudra-t-il apporter aux programmes?
- Quel est l'effet estimé des changements apportés ou prévus sur les projections de dépenses en santé de 2015-2016 à 2018-2019?
- À quel point les changements apportés ou prévus sont-ils viables?
 - Quel est le taux de croissance attendu après 2018-2019 dans le secteur?

Méthodologie

Le présent rapport se fonde sur des renseignements fournis par la province, des rencontres avec le personnel du MSSLD et du Secrétariat du Conseil du Trésor (SCT), un examen de la documentation pertinente, ainsi que sur d'autres données publiques. Les sources sont indiquées au fil du texte.

Le rapport traite des dépenses en santé de la province décrites dans les Comptes publics et dans le budget de l'Ontario 2016. Les dépenses en santé sont comptabilisées conformément aux normes comptables du secteur public. Les données présentées dans le rapport ainsi que leur catégorisation (p. ex., par secteurs de programme en santé) pourraient être difficilement comparables aux autres sources de données souvent citées, comme la base de données sur les dépenses nationales de santé de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS).

Tous les montants sont en dollars canadiens (non ajustés en fonction de l'inflation), à moins d'une indication contraire.

Tous les calculs de croissance moyenne du rapport sont basés sur le taux de croissance annuel composé.