



Santé
Canada

Health
Canada

*Votre santé et votre
sécurité... notre priorité.*

*Your health and
safety... our priority.*

GESTION PUBLIQUE | INTÉGRALITÉ
UNIVERSALITÉ | TRANSFÉRABILITÉ | ACCESSIBILITÉ

LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ

RAPPORT  ANNUEL
2016–2017

Canada 

Santé Canada est le ministère fédéral responsable d'aider les Canadiennes et les Canadiens à maintenir et à améliorer leur état de santé. Il s'assure d'offrir des services de santé de grande qualité, et cherche à réduire les risques pour la santé.

Also available in English under the title:
Canada Health Act Annual Report 2016–2017

Santé Canada

Indice de l'adresse 0900C2

Ottawa (Ontario) K1A 0K9

Tél. : 613-957-2991

Sans frais : 1-866-225-0709

Télec. : 613-941-5366

ATS : 1-800-465-7735

Courriel : publications@hc-sc.gc.ca

© Sa Majesté la Reine du chef du Canada, représentée par la ministre de la Santé, 2018

Date de publication : février 2018

La présente publication peut être reproduite sans autorisation pour usage personnel ou interne seulement, dans la mesure où la source est indiquée en entier.

IMPRIMÉ Cat. : H1-4F
ISSN : 1702-0891

PDF Cat. : H1-4F-PDF
ISSN : 1497-9152

Pub. : 170404

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	1
PRÉFACE	2
INTRODUCTION	4
CHAPITRE 1 : APERÇU DE LA LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ	7
CHAPITRE 2 : APPLICATION ET CONFORMITÉ	21
CHAPITRE 3 : LES RÉGIMES D'ASSURANCE-SANTÉ PROVINCIAUX ET TERRITORIAUX EN 2016–2017	33
Terre-Neuve-et-Labrador	36
Île-du-Prince-Édouard	52
Nouvelle-Écosse	63
Nouveau-Brunswick	78
Québec	92
Ontario	102
Manitoba	121
Saskatchewan	136
Alberta	150
Colombie-Britannique	166
Yukon	184
Territoires du Nord-Ouest	198
Nunavut	209
ANNEXE A : LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ ET RÈGLEMENT CONCERNANT LES RENSEIGNEMENTS SUR LA SURFACTURATION ET LES FRAIS MODÉRATEURS	223
ANNEXE B : LETTRES D'INTERPRÉTATION DES POLITIQUES	249
ANNEXE C : PROCESSUS DE PRÉVENTION ET DE RÈGLEMENT DES DIFFÉRENDS LIÉS À LA LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ	263
COORDONNÉES	269



REMERCIEMENTS

Santé Canada tient à souligner le travail qui a été exécuté et les efforts qui ont été déployés aux fins de la production du présent rapport annuel. Le dévouement et la diligence des ministères de la Santé énumérés ci-dessous, et de leur personnel, auront permis de présenter le présent rapport sur la mise en application de la *Loi canadienne sur la santé*.

Ministère de la Santé et des Services communautaires de Terre-Neuve-et-Labrador

Ministère de la Santé et Mieux-être de l'Île-du-Prince-Édouard

Ministère de la Santé et du Mieux-être de la Nouvelle-Écosse

Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario

Ministère de la Santé : Santé, Aînés et Vie active

Ministère de la Santé de la Saskatchewan

Ministère de la Santé de l'Alberta

Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique

Ministère de la Santé et des Affaires sociales du Yukon

Ministère de la Santé et des Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest

Ministère de la Santé du Nunavut

Il faut également souligner le travail considérable réalisé par notre équipe de production, notamment les opérateurs en éditique, les traducteurs, les experts en révision et en concordance, les imprimeurs et le personnel de Santé Canada.



J'ai l'honneur de présenter au Parlement et à la population canadienne le rapport annuel sur l'application de la Loi canadienne sur la santé de 2016–2017, mon premier à titre de ministre de la Santé.

EN TANT QUE TRAVAILLEUSE SOCIALE, j'ai œuvré pendant 25 ans dans le secteur communautaire. J'ai pu constater que l'accès à des soins de santé de grande qualité est l'un des principaux facteurs permettant aux personnes de mener une vie épanouissante et productive. La protection et le maintien des droits de la personne et de la justice sociale sont des objectifs fondamentaux du travail social et sont étroitement liés aux valeurs de la *Loi canadienne sur la santé*, à savoir l'égalité, la justice et la solidarité.

Ces mêmes valeurs sont minées lorsqu'un patient doit payer pour recevoir des soins médicalement nécessaires au point de service. Les Canadiens devraient bénéficier d'un accès équitable à des soins médicaux en fonction de leurs besoins et non de leur capacité ou de leur volonté à payer. C'est pourquoi le premier ministre m'a chargée de « *Promouvoir et défendre la Loi canadienne sur la santé afin que toutes les parties concernées comprennent bien que la surfacturation et les frais modérateurs sont illégaux dans le cadre du système public de soins de santé du Canada, et élaborer des politiques en collaboration avec les provinces et les territoires en vue d'améliorer les mécanismes de vérification et de recours dans les cas où des gens ne se conforment pas à la Loi* ».

À une certaine époque, de nombreux Canadiens devaient s'endetter afin de recevoir des traitements à cause d'une maladie ou d'une blessure. Je suis reconnaissante que des Canadiens d'exception, comme Tommy Douglas, le juge Emmett Hall et Monique Bégin, pour ne nommer que ceux-ci, se soient battus avec acharnement pour veiller à ce que nous ayons tous accès aux services de soins de santé essentiels.

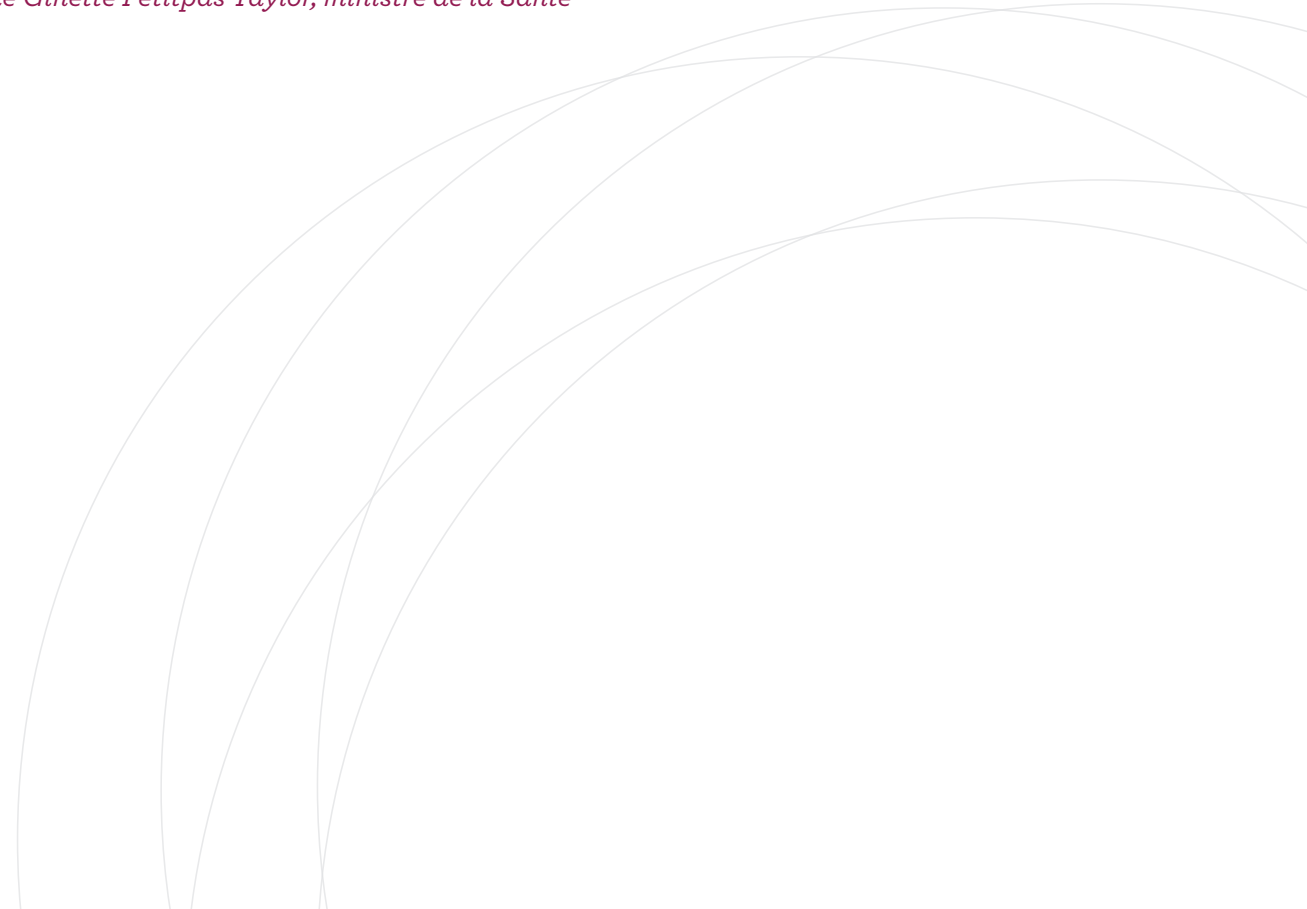
En mai 2017, le défunt juge Emmett Hall a été introduit au Temple de la renommée médicale canadienne. Chargé de mener la Commission royale d'enquête sur les services de santé en 1961, qui a permis de jeter les bases de la *Loi canadienne sur la santé*, le juge Hall a eu des effets importants et durables sur le système de soins de santé du Canada. Considéré comme l'un des pères du régime d'assurance maladie, il a travaillé sans relâche tout au long de sa vie pour défendre les droits des Autochtones, l'accès équitable aux soins de santé et les droits des personnes handicapées. Ce qu'il a dit à la défense de l'accès universel aux soins de santé demeure encore d'actualité :

En tant que société nous sommes conscients du fait qu'avec la douleur de la maladie, le traumatisme de la chirurgie et le lent déclin vers la mort l'être humain porte déjà assez de fardeaux, sans qu'on y ajoute celui des frais médicaux ou hospitaliers qui pénalisent le patient au moment où il est vulnérable. Les Canadiens ont décidé de se grouper pour régler les frais médicaux quand ils sont en santé et ont des revenus. Les services de santé ne doivent plus être achetés au magasin et payés à la caisse. Et leur prix ne doit pas non plus faire l'objet de marchandage au moment où on les reçoit. Ils sont un besoin fondamental, comme l'éducation, que les Canadiens peuvent satisfaire collectivement et payer au moyen d'impôts.

Si l'imposition de frais aux patients était encore répandue au Canada pendant le mandat du juge Hall, la plupart des Canadiens peuvent aujourd'hui obtenir gratuitement les soins médicaux dont ils ont besoin. Ceci dit, ce n'est pas toujours le cas, et c'est tout simplement injuste. Au cours de ma première rencontre avec mes homologues des provinces et des territoires, j'ai indiqué que les Canadiens ne devraient pas être confrontés à des frais pour des chirurgies, des examens ou des visites chez le médecin. J'ai l'intention de poursuivre cette conversation au cours des prochains mois, et de collaborer avec les provinces et les territoires pour traiter de la question des frais imposés aux patients de façon équitable.

En 1965, lorsque le premier ministre Lester B. Pearson a demandé au juge Hall si l'expérience de l'assurance maladie financée par le gouvernement de Tommy Douglas en Saskatchewan pourrait fonctionner partout au Canada, il a répondu : « Très certainement ». Lorsqu'on me demande si la *Loi canadienne sur la santé* est encore pertinente et s'il faut la défendre, je réponds : « Très certainement ».

— L'honorable Ginette Petitpas Taylor, ministre de la Santé



INTRODUCTION

Le Canada a un système de soins de santé essentiellement financé et géré par l'État. Le système canadien d'assurance-santé est une mosaïque de 13 régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux, et il est conçu pour garantir à tous les habitants admissibles des provinces et territoires canadiens un accès satisfaisant à des services médicaux et à des services hospitaliers médicalement nécessaires, prépayés, sans qu'ils aient à payer des frais pour la prestation de services assurés.

Le système canadien actuel d'assurance-santé est le fruit de plus de six décennies d'évolution. La Saskatchewan a été la première province à établir un régime d'assurance-hospitalisation public universel en 1947. Dix ans plus tard, le gouvernement du Canada a adopté la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques* (1957) afin de partager le coût de ces services avec les provinces et les territoires. En 1961, les provinces et les territoires avaient tous des régimes publics d'assurance qui garantissaient un accès universel aux services hospitaliers. La Saskatchewan a encore une fois fait œuvre de pionnière en assurant les services médicaux à compter de 1962. Le gouvernement du Canada a promulgué la *Loi sur les services médicaux* en 1966 pour partager avec les provinces et les territoires le coût des services médicaux assurés. En 1972, tous les régimes provinciaux et territoriaux avaient été élargis pour inclure les services médicaux.

En 1979, à la demande du gouvernement fédéral, le juge Emmett Hall a entrepris un examen de l'état des services de santé au Canada. Dans son rapport, il affirmait que les services de santé au Canada étaient parmi les meilleurs au monde, mais signalait que la surfacturation pratiquée par les médecins et les frais modérateurs exigés par les hôpitaux créaient un système à deux vitesses qui menaçait l'accessibilité universelle aux soins. Ce rapport et le débat national qu'il a soulevé ont conduit à l'adoption de la *Loi canadienne sur la santé* en 1984.

La *Loi canadienne sur la santé* est la loi fédérale du Canada qui régit l'assurance-santé au Canada et qui définit les principes nationaux régissant le système canadien, à savoir la gestion publique, l'intégralité, l'universalité, la transférabilité et l'accessibilité. Ces principes témoignent des valeurs canadiennes que sont l'équité et la solidarité.

Les rôles et les responsabilités à l'égard du système de soins de santé du Canada sont partagés entre le gouvernement fédéral et les gouvernements des provinces ou des territoires. L'application et la prestation des services de soins de santé relèvent d'abord des gouvernements provinciaux et territoriaux. Ces gouvernements fixent donc leurs propres priorités, administrent leurs budgets de santé et gèrent leurs propres ressources. Le gouvernement fédéral, en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*, détermine les critères et les conditions que les régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux doivent respecter pour que les provinces et les territoires aient droit à la pleine contribution pécuniaire qui leur revient au titre du Transfert canadien en matière de santé.

Chaque année, le ministre fédéral de la Santé doit rendre compte au Parlement de l'application de la *Loi canadienne sur la santé*, comme le prévoit l'article 23 de la Loi. Le moyen utilisé à cette fin est le Rapport annuel sur l'application de la *Loi canadienne sur la santé*. Même s'il s'adresse d'abord aux parlementaires, le rapport annuel est un document public qui donne une description détaillée des services de santé assurés dans chaque province et territoire. Le rapport annuel est structuré de manière à satisfaire aux obligations de rapport prévues dans la Loi; ainsi, son objet n'est pas de commenter l'état du système de soins de santé canadien dans sa globalité.

Les régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux respectent généralement les critères et les conditions de la *Loi canadienne sur la santé*. Cependant, lorsque des cas possibles de non-conformité à la Loi surviennent, Santé Canada met l'accent sur la transparence, la consultation et le dialogue avec les ministères de la Santé provinciaux et territoriaux pour l'application de la Loi. Le but de Santé Canada n'est pas d'imposer des amendes à titre de mesure punitive mais bien d'assurer la conformité des principes de la *Loi canadienne sur la santé* pour que les Canadiens aient accès à des soins de santé dont ils ont besoin et lorsqu'ils en ont besoin.



CHAPITRE 1

APERÇU DE LA LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ

Le chapitre 1 présente la *Loi canadienne sur la santé*, ses exigences, ses principales définitions et son Règlement ainsi que les lettres des anciens ministres fédéraux de la Santé, soit M. Jake Epp et M^{me} Diane Marleau, à leurs homologues provinciaux et territoriaux, qui sont utilisées dans l'interprétation et l'application de la Loi, de même que la lettre de l'ancienne ministre fédérale A. Anne McLellan, adressée à ses homologues des provinces et des territoires, au sujet du processus de prévention et de règlement des différends de la *Loi canadienne sur la santé*. Un aperçu historique de l'évolution des transferts fédéraux en matière de santé suit.

QU'EST-CE QUE LA LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ?

La *Loi canadienne sur la santé* est la législation fédérale du Canada qui régit le régime d'assurance-maladie financé par l'État. Elle énonce l'objectif premier de la politique canadienne des soins de santé, qui est « de protéger, de favoriser et d'améliorer le bien-être physique et mental des habitants du Canada et de faciliter un accès satisfaisant aux services de santé, sans obstacles d'ordre financier ou autre ».

La Loi établit les critères et les conditions applicables aux services de santé assurés et aux services complémentaires de santé que doivent respecter les provinces et les territoires pour avoir droit à la pleine contribution pécuniaire fédérale au titre du Transfert canadien en matière de santé (TCS).

La *Loi canadienne sur la santé* a pour objet de s'assurer que tous les habitants admissibles des provinces et des territoires du Canada ont un accès satisfaisant à des services hospitaliers et des services médicaux médicalement nécessaires prépayés, sans avoir à payer des frais pour la prestation de services assurés.

PRINCIPALES DÉFINITIONS DE LA LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ

Les **assurés** sont les habitants admissibles d'une province ou d'un territoire. Au sens de la Loi, un habitant est une « personne domiciliée et résidant habituellement dans une province et légalement autorisée à être ou à rester au Canada, à l'exception d'une personne faisant du tourisme, de passage ou en visite dans la province ».

Les **personnes non visées** par la Loi comprennent les membres des Forces canadiennes et les détenus des pénitenciers fédéraux.

Les **services de santé assurés** sont les services hospitaliers, médicaux ou de chirurgie dentaire (accomplis par un dentiste dans un hôpital, et qui ne peuvent être accomplis convenablement qu'en un tel établissement) médicalement nécessaires qui sont fournis aux assurés.

Les **services hospitaliers assurés** sont définis dans la Loi et comprennent les services médicalement nécessaires fournis aux patients hospitalisés ou externes, tels que l'hébergement et la fourniture des repas en salle commune ou, si médicalement nécessaire, en chambre privée ou semi-privée; les services infirmiers; les actes de laboratoires, de radiologie ou autres actes de diagnostic, ainsi que les interprétations nécessaires; les produits pharmaceutiques, substances biologiques et préparations connexes administrés à l'hôpital; l'usage des salles d'opération, des salles d'accouchement et des installations d'anesthésie, ainsi que le matériel et les fournitures nécessaires; le matériel et les fournitures médicaux et chirurgicaux; l'usage des installations de radiothérapie; l'usage des installations de physiothérapie et les services fournis par les personnes rémunérées à cet effet par l'hôpital.

Les **services médicaux assurés** sont définis dans la Loi et comprennent les services médicalement nécessaires fournis par un médecin. Les services médicalement nécessaires sont généralement déterminés par le régime d'assurance-santé de la province ou du territoire, de concert avec la profession médicale.

Les **services de chirurgie dentaire assurés** sont les services fournis par un dentiste dans un hôpital, qui ne peuvent être dispensés convenablement qu'en un tel établissement.

Les **services complémentaires de santé**, définis dans la Loi, englobent certains aspects des soins de longue durée en établissement (soins intermédiaires en maison de repos et soins en établissement pour adultes) et les éléments des services de soins à domicile et de soins ambulatoires qui ont trait à la santé.

EXIGENCES DE LA LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ

La *Loi canadienne sur la santé* comprend neuf exigences auxquelles les provinces et les territoires doivent satisfaire pour avoir droit à la pleine contribution pécuniaire au titre du Transfert canadien en santé.

Les voici :

- › cinq critères de programme qui s'appliquent uniquement aux services de santé assurés;
- › deux conditions qui s'appliquent aux services de santé assurés et aux services complémentaires de santé;
- › les dispositions concernant la surfacturation et les frais modérateurs qui s'appliquent uniquement aux services de santé assurés.

LES CRITÈRES

1. GESTION PUBLIQUE (ARTICLE 8)

Le critère de gestion publique exige que les régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux soient gérés sans but lucratif par une autorité publique responsable devant le gouvernement provincial ou territorial de ses décisions sur les niveaux de services et les services eux-mêmes, et assujettie à la vérification publique de ses comptes et de ses dossiers. Toutefois, le critère n'empêche pas l'autorité publique de sous-traiter les services nécessaires pour gérer les régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux.

Le critère de gestion publique vise uniquement la gestion des régimes d'assurance-santé des provinces et des territoires et n'empêche pas les fournisseurs ni les établissements privés de fournir des services de santé assurés, à la condition qu'aucuns frais ne soient imposés aux assurés pour ces services.

2. INTÉGRALITÉ (ARTICLE 9)

Le critère d'intégralité prévu dans la Loi exige que le régime d'assurance-santé d'une province ou d'un territoire couvre tous les services de santé assurés fournis par les hôpitaux, les médecins ou les dentistes (services de chirurgie dentaire qui doivent être dispensés en milieu hospitalier).

3. UNIVERSALITÉ (ARTICLE 10)

Suivant le critère d'universalité, tous les habitants assurés d'une province ou d'un territoire ont droit aux services de santé assurés offerts par le régime d'assurance-santé provincial ou territorial selon des modalités uniformes. En règle générale, les provinces et les territoires exigent des habitants qu'ils s'inscrivent au régime pour être admissibles aux services offerts.

4. TRANSFÉRABILITÉ (ARTICLE 11)

Les habitants qui déménagent dans une autre province ou un autre territoire doivent continuer d'être protégés par le régime d'assurance-santé de leur province ou de leur territoire « d'origine » pendant le délai de carence imposé (maximum de trois mois), par la nouvelle province ou le nouveau territoire de résidence. Il incombe aux habitants de signaler leur départ au régime d'assurance-santé de leur province ou de leur territoire et de s'inscrire au régime d'assurance-santé de leur nouvelle province ou de leur nouveau territoire.

Les habitants qui s'absentent temporairement de leur province ou de leur territoire d'origine ou du Canada doivent continuer d'être couverts pour les services de santé assurés pendant leur absence. Si des assurés s'absentent temporairement de leur province ou de leur territoire, le critère de transférabilité exige que les services assurés qu'elles reçoivent soient payés au tarif de la province d'accueil. Si les assurés séjournent hors du pays, les services assurés doivent être payés au tarif de la province de résidence.

Le critère de transférabilité n'autorise pas une personne à chercher à obtenir des services dans une autre province, un autre territoire ou un autre pays. Il lui permet plutôt de recevoir les services nécessaires en cas de besoin urgent ou nouveau lorsqu'elle s'absente temporairement, par exemple pour des raisons d'affaires ou des vacances.

Pour que la protection s'étende à certains services non urgents, un assuré qui quitte temporairement sa province ou son territoire d'origine peut être tenu d'obtenir l'approbation préalable du régime d'assurance-santé de sa province ou de son territoire d'origine.

5. ACCESSIBILITÉ (ARTICLE 12)

Le critère d'accessibilité vise à garantir aux assurés d'une province ou d'un territoire un accès satisfaisant aux services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire assurés, selon des modalités uniformes et sans restriction, directe ou indirecte, sous forme, de surfacturation ou de frais modérateurs, ou par d'autres moyens (p. ex. la discrimination fondée sur l'âge, l'état de santé ou la situation financière).

Aux fins de la *Loi canadienne sur la santé*, l'accès satisfaisant sur le plan de la disponibilité physique des services médicalement nécessaires a été interprété selon la règle « du lieu où les services sont offerts et de leur disponibilité ». Ainsi, les habitants d'une province ou d'un territoire ont droit à un accès aux services de santé assurés « là » où les services sont offerts et suivant la « disponibilité » de ces services, selon des modalités uniformes.

De plus, le régime d'assurance-santé de la province ou du territoire doit prévoir :

- › une rémunération raisonnable des médecins et des dentistes pour tous les services de santé assurés qu'ils fournissent;
- › le versement de montants aux hôpitaux à l'égard du coût des services de santé assurés.

LES CONDITIONS

1. RENSEIGNEMENTS [ALINÉA 13A)]

Aux fins de la Loi, les gouvernements des provinces et des territoires sont tenus de communiquer au ministre fédéral de la Santé les renseignements prescrits par règlement en vertu de la Loi.

2. RECONNAISSANCE [ALINÉA 13B)]

Les gouvernements des provinces et des territoires sont tenus de faire état des contributions financières fédérales aux services de santé assurés et aux services complémentaires de santé.

SURFACTURATION ET FRAIS MODÉRATEURS

Les dispositions de la *Loi canadienne sur la santé* quant à la surfacturation et à l'imposition de frais modérateurs pour les services de santé assurés dans une province ou un territoire sont énoncées aux articles 18 à 21 de la Loi. S'il peut être confirmé qu'il y a de la surfacturation ou des frais modérateurs dans une province ou un territoire, la Loi exige qu'une déduction à raison d'un dollar pour un dollar soit faite à même le transfert pécuniaire fédéral destiné à cette province ou à ce territoire.

SURFACTURATION (ARTICLE 18)

En vertu de la Loi, la surfacturation est la facturation d'un service de santé assuré dispensé à un assuré par un médecin ou un dentiste (c'est-à-dire un dentiste qui fournit des services de chirurgie dentaire assurés en milieu hospitalier), en excédent par rapport au montant payé ou à payer pour ce service par le régime d'assurance-santé de la province ou du territoire. Par exemple, si un médecin exige une somme d'un patient pour une consultation en cabinet déjà couverte par le régime d'assurance-santé provincial ou territorial, la somme demandée constitue une surfacturation. Étant considérée comme un obstacle pour les personnes qui ont besoin de soins médicaux, la surfacturation contrevient donc également au critère d'accessibilité.

FRAIS MODÉRATEURS (ARTICLE 19)

La Loi définit les frais modérateurs comme tous les frais d'un service de santé assuré, à l'exception des frais imposés par surfacturation. Par exemple, si un patient se voit imposer des frais pour les services non médicaux (c'est-à-dire hospitaliers) rendus dans une clinique, ces frais sont réputés être des frais modérateurs. Les frais modérateurs ne sont pas permis par la Loi et, comme la surfacturation, ils constituent un obstacle à l'accès.

AUTRES ÉLÉMENTS DE LA LOI

RÈGLEMENTS (ARTICLE 22)

L'article 22 de la *Loi canadienne sur la santé* permet au gouvernement fédéral de prendre des règlements en application de la Loi pour :

- › définir les services inclus dans la définition de « services complémentaires de santé » donnée dans la *Loi canadienne sur la santé*, p. ex., les soins en maison de repos et les soins à domicile;
- › déterminer les services exclus des services hospitaliers;
- › déterminer les genres de renseignements dont le ministre fédéral de la Santé peut normalement avoir besoin, ainsi que la forme de renseignements et les délais pour les présenter;
- › prévoir la façon dont les provinces et les territoires doivent faire état du Transfert canadien en matière de santé dans leurs documents, leurs publicités ou leur matériel promotionnel.

Jusqu'à présent, le seul règlement pris en application de la Loi est le *Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs* qui exige que les provinces et les territoires fournissent un rapport annuel à Santé Canada sur les montants surfacturés et les frais modérateurs perçus. Un exemplaire du Règlement figure à l'Annexe A.

PÉNALITÉS PRÉVUES PAR LA LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ

PÉNALITÉS OBLIGATOIRES

En vertu de la Loi, les provinces et les territoires qui autorisent la surfacturation et les frais modérateurs s'exposent à une déduction obligatoire d'un montant équivalent à leurs paiements de transfert fédéraux au titre du TCS. Par exemple, cela signifie que, s'il a été établi qu'une province ou un territoire a autorisé une surfacturation d'un certain montant de la part de médecins, la contribution pécuniaire fédérale destinée à cette province ou à ce territoire sera réduite du même montant. Le montant de cette réduction est déterminé par le ministre fédéral de la Santé. Bien que le montant soit normalement fondé sur l'information donnée par la province ou le territoire, selon le *Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs* (décrit ci-après), l'article 20 de la Loi exige que le ministre fasse une estimation du montant de la surfacturation et des frais modérateurs lorsque l'information n'est pas fournie selon les exigences réglementaires. Ce processus demande au ministre de consulter la province ou le territoire visé.

PÉNALITÉS DISCRÉTIONNAIRES

Les provinces ou les territoires qui ne satisfont pas aux deux conditions et aux cinq critères énoncés dans la *Loi canadienne sur la santé* s'exposent à une pénalité discrétionnaire. Le montant de la déduction du paiement de transfert fédéral au titre du TCS est établi en fonction de l'importance de la non-conformité.

La *Loi canadienne sur la santé* prévoit un processus de consultation à entreprendre auprès de la province ou du territoire visé, avant l'imposition d'une pénalité discrétionnaire. Les dispositions de la Loi concernant les pénalités discrétionnaires n'ont pas été appliquées jusqu'à présent.

PERSONNES ET SERVICES EXCLUS

Bien que la *Loi canadienne sur la santé* exige que les services de santé assurés soient offerts aux assurés dans le respect des conditions et des critères qui y sont énoncés, ce ne sont pas tous les services de santé ni les habitants du Canada qui sont visés.

SERVICES EXCLUS

Un certain nombre de services offerts par les hôpitaux et les médecins ne sont pas jugés médicalement nécessaires; ils ne sont donc pas assurés en vertu des lois provinciales et territoriales sur l'assurance-santé. Parmi ces services hospitaliers non assurés pour lesquels des frais peuvent être imposés aux patients, mentionnons l'hospitalisation en chambre privée ou semi-privée (sauf si elle est prescrite par un médecin ou que l'hospitalisation en chambre commune n'est pas possible), les soins infirmiers privés et la fourniture de téléphones et de téléviseurs. Parmi les services médicaux non assurés pour lesquels les patients peuvent se voir imposer des frais, mentionnons les consultations téléphoniques, la délivrance de certificats médicaux pour l'employeur, l'école, les assureurs, les centres de conditionnement physique, les témoignages devant les tribunaux et la chirurgie esthétique.

En outre, la définition de « services de santé assurés » exclut les services auxquels une personne a droit en vertu d'une autre loi fédérale (p. ex. certains services offerts aux vétérans) ou d'une loi relative aux accidents du travail d'une province ou d'un territoire.

En plus des services médicaux et hospitaliers médicalement nécessaires qui sont couverts dans la *Loi canadienne sur la santé*, les provinces et les territoires fournissent également une gamme d'autres programmes et services. Ceux-ci sont fournis à la discrétion des provinces et des territoires, et peuvent varier de l'une ou de l'un à l'autre, selon leurs propres conditions. Les services supplémentaires peuvent comprendre des services d'assurance-médicaments, des services d'ambulance et des services d'optométrie. Les services supplémentaires fournis par les provinces et les territoires visent souvent des groupes particuliers (p. ex., les enfants, les personnes âgées ou les bénéficiaires de l'aide sociale) et peuvent être couverts en tout ou en partie par les provinces ou territoires.

PERSONNES EXCLUES

La définition d'« assuré » dans la *Loi canadienne sur la santé* exclut les membres des Forces canadiennes, et les personnes qui purgent une peine d'emprisonnement dans un pénitencier fédéral. Le gouvernement du Canada couvre ces personnes au moyen de programmes fédéraux distincts.

L'exclusion de ces personnes de la couverture des services de santé assurés date d'avant l'adoption de la Loi et n'est pas destinée à établir des différences en ce qui concerne l'accès aux soins de santé assurés par l'État.

LETTRES SUR L'INTERPRÉTATION DES POLITIQUES

Deux principaux énoncés de politique clarifient la position du gouvernement fédéral concernant la *Loi canadienne sur la santé*. Ces énoncés ont été présentés sous forme de lettres d'anciens ministres fédéraux de la Santé à leurs homologues provinciaux et territoriaux. Les deux lettres figurent à l'annexe B du présent rapport.

LETTRE EPP

En juin 1985, environ un an après l'adoption de la *Loi canadienne sur la santé* par le Parlement, le ministre fédéral de la Santé d'alors, Jake Epp, écrivait à ses homologues provinciaux et territoriaux afin de leur exposer et de confirmer la position fédérale sur l'interprétation et la mise en œuvre de la Loi.

Issue de plusieurs mois de consultations avec les provinces et les territoires, la lettre du ministre Epp renfermait des énoncés des intentions stratégiques fédérales qui clarifiaient les critères, les conditions et les dispositions réglementaires de la *Loi canadienne sur la santé*. Ces précisions ont été utilisées par le gouvernement fédéral dans l'évaluation et l'interprétation de la conformité à la Loi. La lettre Epp demeure une référence importante pour l'interprétation de la Loi.

LETTRE MARLEAU – POLITIQUE FÉDÉRALE SUR LES CLINIQUES PRIVÉES

De février à décembre 1994, il y a eu sept réunions fédérales, provinciales et territoriales entièrement ou partiellement axées sur les cliniques privées. Il était question de la multiplication de cliniques privées qui offraient des services médicalement nécessaires financés en partie par le système public et en partie par les patients et de ses retombées sur le système canadien de soins de santé universel financé par l'État.

À la réunion fédérale, provinciale et territoriale des ministres de la Santé tenue à Halifax en septembre 1994, tous les ministres présents, sauf la ministre de l'Alberta, ont convenu « d'entreprendre toute démarche qui pourrait être nécessaire pour réglementer l'établissement des cliniques privées au Canada ».

Le 6 janvier 1995, la ministre fédérale de la Santé d'alors, Diane Marleau, a écrit à tous les ministres provinciaux et territoriaux de la Santé pour annoncer la nouvelle politique fédérale sur les cliniques privées. La lettre de la ministre présentait l'interprétation fédérale de la *Loi canadienne sur la santé* en ce qui concerne l'imposition directe de frais d'établissement aux patients qui reçoivent des services médicalement nécessaires dans une clinique privée. Dans sa lettre, elle signalait que la définition d'« hôpital » dans la *Loi canadienne sur la santé* comprenait tout établissement public qui offre des soins de courte ou de longue durée ou des soins de réadaptation. Ainsi, lorsqu'un régime d'assurance-santé provincial ou territorial paie les honoraires d'un médecin pour un service médicalement nécessaire fourni dans une clinique privée, il doit également payer les frais d'établissement ou s'attendre à une déduction des paiements de transfert fédéraux.

PROCESSUS DE PRÉVENTION ET DE RÈGLEMENT DES DIFFÉRENDS

En avril 2002, dans une lettre à ses homologues provinciaux et territoriaux, la ministre fédérale de la Santé, A. Anne McLellan, décrivait un processus de prévention et de règlement des différends reliés à la *Loi canadienne sur la santé* dont avait convenu l'ensemble des provinces et des territoires, à l'exception du Québec. Le processus satisfait au désir des gouvernements fédéral, des provinces et des territoires d'éviter les différends reliés à l'interprétation des principes de la Loi et, lorsqu'il est impossible de le faire, de régler les différends de façon rapide, équitable et transparente.

Le processus comprend les activités de prévention des différends liées à l'échange de renseignements entre les gouvernements; l'étude et la clarification des questions au fur et à mesure qu'elles se posent; la participation active des gouvernements aux comités spéciaux fédéraux, provinciaux et territoriaux chargés des questions liées à la *Loi canadienne sur la santé* et les évaluations préalables de la Loi, sur demande.

Lorsque les activités de prévention des différends échouent, des activités de règlement des différends peuvent être amorcées, et ce, en commençant par des activités de détermination des faits et des négociations entre les gouvernements. Si ces activités se révèlent infructueuses, l'un des ministres de la Santé visés peut renvoyer les questions à un groupe tiers pour qu'il entreprenne la détermination des faits et prodigue des conseils et des recommandations.

Le ministre fédéral de la Santé a le pouvoir final d'interprétation et d'application de la *Loi canadienne sur la santé*. Pour décider de l'opportunité d'invoquer les dispositions de la Loi relatives aux manquements, le ministre prendra en considération le rapport du groupe.

L'Annexe C renferme un exemplaire de la lettre de la ministre McLellan.

ÉVOLUTION DES TRANSFERTS FÉDÉRAUX EN MATIÈRE DE SOINS DE SANTÉ SUBVENTIONS VISANT L'ÉTABLISSEMENT DE PROGRAMMES ET LE PARTAGE DES COÛTS

La contribution fédérale aux soins de santé provinciaux remonte à la fin des années 1940 avec la création du Programme national de subventions à la santé. Ces subventions étaient alors considérées comme essentielles à un système de soins de santé national. Alors que ces subventions étaient principalement utilisées pour bâtir l'infrastructure canadienne des hôpitaux, elles servaient aussi à soutenir des initiatives dans des domaines comme la formation professionnelle, la recherche en santé publique, la lutte contre la tuberculose et le traitement du cancer. Vers le milieu des années 1960, les provinces recevaient au total plus de 60 millions de dollars annuellement.

Vers le milieu des années 1950, en raison de la pression publique, le gouvernement fédéral a accepté d'offrir un appui financier aux provinces pour les aider à mettre en place des programmes d'assurance-maladie. En janvier 1956, le gouvernement fédéral a soumis des propositions concrètes aux provinces en vue de la création progressive d'un programme d'assurance-maladie, dont la priorité serait l'assurance-hospitalisation et les services de diagnostic. Les discussions sur ces propositions ont mené à l'adoption de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques* en 1957. La mise en œuvre du programme Assurance-hospitalisation et services diagnostiques (AHSD) a commencé en juillet 1958, date à laquelle cinq provinces, soit Terre-Neuve, la Saskatchewan, l'Alberta, la Colombie-Britannique et le Manitoba, offraient des régimes d'assurance-hospitalisation. En 1961, l'ensemble des provinces et des territoires participaient au programme.

La deuxième étape de l'intervention fédérale d'appui aux programmes d'assurance-maladie provinciaux et territoriaux est le résultat des recommandations de la Commission royale d'enquête sur les services de santé (Commission Hall). Dans son rapport final, déposé en 1964, la Commission Hall recommande l'établissement d'un nouveau programme qui permettrait à tous les Canadiens d'avoir accès aux soins médicaux nécessaires (services médicaux, en dehors du cadre hospitalier).

La *Loi sur les soins médicaux* a été présentée au Parlement en juillet 1966 et a reçu la sanction royale le 21 décembre 1966. La mise en œuvre du Programme d'assurance des soins médicaux a commencé le 1^{er} juillet 1968. En 1972, toutes les provinces et tous les territoires participaient au programme.

À l'origine, la contribution du gouvernement fédéral aux programmes d'assurance-hospitalisation provinciaux et territoriaux était établie en fonction des montants déboursés par les provinces et les territoires pour offrir des services hospitaliers assurés. En vertu de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques*, le gouvernement fédéral remboursait environ 50 % des coûts de l'assurance-hospitalisation. Dans les deux cas, le financement était assujéti au respect de certains critères. En vertu de la *Loi sur les soins médicaux*, la contribution fédérale était égale à la moitié du coût moyen national par habitant pour les services assurés, multipliée par le nombre d'assurés dans chaque province ou territoire. Les protocoles de financement fondés sur les subventions conditionnelles se poursuivirent jusqu'à ce qu'une tentative de bloquer le financement survienne au cours de l'exercice 1977-1978.

FINANCEMENT DES PROGRAMMES ÉTABLIS

Le 1^{er} avril 1977, le financement accordé par le gouvernement fédéral pour les services de santé assurés a été remplacé par un transfert de fonds global avec des exigences générales quant au maintien de la norme minimale des services de santé avec l'adoption de la *Loi de 1977 sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur le financement des programmes établis*. Aussi connue sous le nom de Loi sur le FPE, la nouvelle loi prévoit le versement de contributions fédérales aux provinces et aux territoires pour les services hospitaliers et les soins médicaux assurés (y compris l'éducation postsecondaire) qui ne sont plus calculées en fonction des dépenses provinciales. L'exercice 1975-1976 est plutôt désigné comme l'année de référence pour les contributions fédérales versées dans le cadre des programmes existants à frais partagés et les contributions sont augmentées en fonction du taux de croissance du produit national brut (PNB) et de l'accroissement de la population.

En vertu de la Loi sur le FPE et des accords de financement subséquents, le montant total en soins de santé auquel les provinces et les territoires ont droit est maintenant composé de transferts de fonds et de transferts fiscaux relativement égaux. Le transfert fiscal fédéral consiste en la cession, par le gouvernement fédéral, d'une « marge fiscale » aux provinces et aux territoires, ce qui permet au gouvernement de réduire ses taux d'imposition afin que les provinces et les territoires puissent hausser les leurs d'un montant équivalent. Avec le transfert fiscal en « santé » dans le cadre du financement des programmes établis (FPE), les variations des tarifs fédéraux compensent celles des tarifs provinciaux et territoriaux, de sorte qu'il n'y a aucune incidence nette pour les contribuables. Le montant total des transferts de droit en soins de santé n'a pas changé.

La Loi sur le FPE comprend également un nouveau transfert au Programme des services complémentaires de santé. Ce groupe de services de santé, dont font partie les soins intermédiaires en maison de repos, les soins en établissement pour adultes, les soins ambulatoires et les aspects des soins à domicile au sujet de la santé, constitue un mécanisme de financement global, à raison de 20 \$ par personne pour l'exercice 1977-1978, et est assujéti au même facteur de progression que les services de santé assurés. Cette portion du transfert au titre du FPE est à toute fin inconditionnelle comparativement au transfert au titre des services assurés, n'étant pas assujéti aux critères de prestation de programmes.

En vertu du cadre législatif applicable, le gouvernement du Canada devait retenir tous les transferts mensuels au titre des soins de santé si une province ou un territoire ne satisfaisait pas aux critères de prestation de programmes. Ce paragraphe n'est pas clair. Il faudrait peut-être préciser que le mécanisme

était peut-être trop dur pour être un jour appliqué. Ce n'est qu'au moment de la promulgation de la *Loi canadienne sur la santé*, en 1984, que des dispositions de déductions sont entrées en vigueur, permettant des déductions à parts égales pour la surfacturation et les frais modérateurs, ainsi que des déductions discrétionnaires dans les cas où les régimes provinciaux et territoriaux ne satisfont pas entièrement autres dispositions énoncées dans la Loi.

TRANSFERT CANADIEN EN MATIÈRE DE SANTÉ ET DE PROGRAMMES SOCIAUX

Dans son budget de 1995, le gouvernement fédéral a annoncé une restructuration de la Loi sur le FPE, qui deviendra la *Loi sur les arrangements fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces*, laquelle comporte des dispositions concernant le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS), ayant pour but de maintenir les critères nationaux et les conditions nationales de la *Loi canadienne sur la santé*, y compris les dispositions de la Loi quant à la surfacturation et aux frais modérateurs.

Le nouveau transfert « omnibus » ou global, applicable à partir de 1996–1997, combine le financement de santé et d'éducation postsecondaire de la Loi sur le FPE et le financement du Régime d'assistance publique du Canada (accord fédéral-provincial de partage des coûts des services sociaux). Lorsque le TCSPS est entré en vigueur, le 1^{er} avril 1996, les provinces et les territoires ont reçu des transferts monétaires et fiscaux du TCSPS plutôt que des droits en vertu du Régime d'assistance publique du Canada (RAPC) et du financement des programmes établis. La valeur combinée du montant du FPE et du RAPC était plus élevée que celle du TCSPS fourni aux provinces et aux territoires, ce qui correspondait au besoin de restrictions budgétaires au moment de l'introduction du TCSPS. La loi d'exécution du budget pour 1995 et 1996 prévoyait le total des montants à transférer (transfert en espèces et transfert fiscal) au titre du TCSPS pour les années suivantes et fixait à 11 milliards de dollars le plancher annuel du volet monétaire, applicable jusqu'en 2002–2003.

La *Loi sur les arrangements fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces* a également transmis le pouvoir de paiement auparavant exercé par Santé Canada au ministère des Finances. Cependant, le ministre fédéral de la Santé demeure responsable de :

- › recommander au gouverneur en conseil le montant des déductions ou retenues conformément aux conditions et aux critères de la Loi;
- › déterminer le montant des déductions conformément aux dispositions de la Loi quant à la surfacturation et aux frais modérateurs;
- › s'assurer que ces montants sont communiqués au ministère des Finances avant les dates de paiement.

De 1997 à 2000, le volet monétaire du TCSPS, notamment le plafond des transferts en espèces, a été majoré plusieurs fois. En 1998, le plafond des transferts en espèces est passé à 12,5 milliards de dollars. Avec le retour aux excédents budgétaires, le gouvernement fédéral a annoncé, dans son budget de 1999, un montant additionnel de 11,5 milliards de dollars au titre des soins de santé. De ce montant, huit milliards de dollars ont été versés sous forme de transferts en espèces au cours des quatre exercices

suivants. Le solde de 3,5 milliards de dollars a été versé dans un fonds de fiducie théoriquement attribuée sur trois exercices pour permettre aux provinces et aux territoires de disposer d'une certaine latitude quant au moment de puiser dans les fonds. Le budget de 2000 octroyait aux provinces et aux territoires une somme additionnelle de 2,5 milliards de dollars au titre des soins de santé, sous forme d'un autre fonds de fiducie théoriquement attribuée sur quatre exercices.

ACCORDS DE 2000 ET DE 2003 SUR LA SANTÉ : ACCROISSEMENT ET RESTRUCTURATION DE L'APPUI DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL EN SANTÉ

En 2000 et en 2003, les premiers ministres se sont réunis pour discuter des soins de santé, se concentrant sur la réforme, la reddition de comptes et les exigences de financement. En 2000, le gouvernement fédéral a annoncé de nouveaux investissements de 23,4 milliards de dollars sur cinq ans afin d'appuyer le renouvellement des soins de santé et le développement de la petite enfance. Ceci représentait un investissement supplémentaire de 21,1 milliards de dollars pour augmenter ses contributions pécuniaires au titre du TCSPS, de 1,8 milliard de dollars pour les programmes ciblés (équipement médical et réforme des soins de santé primaires) ainsi que de 500 millions de dollars pour Inforoute Santé du Canada.

En 2003, le gouvernement s'engageait à verser 36,8 milliards de dollars sur cinq ans afin d'appuyer les secteurs prioritaires de la réforme de la santé (soins primaires, soins à domicile et couverture des médicaments onéreux). Ceci conférait une augmentation de 14 milliards de dollars des transferts dans le cadre du TCSPS et un montant de 16 milliards de dollars au titre du Transfert pour la réforme des soins de santé, ainsi qu'un montant de 1,5 milliard de dollars pour les équipements médicaux. Tous ces montants s'ajoutaient au 5,3 milliards de dollars au titre des dépenses fédérales directes en santé pour les technologies de l'information sur la santé, les initiatives de santé chez les Autochtones, la sécurité des patients et d'autres initiatives fédérales liées à la santé.

Le gouvernement fédéral a également accepté de restructurer le TCSPS afin d'accroître la transparence et la responsabilisation de l'appui fédéral pour la santé.

TRANSFERT CANADIEN EN MATIÈRE DE SANTÉ

Le 1^{er} avril 2004, le TCSPS a été restructuré en deux nouveaux transferts, le Transfert canadien en matière de santé (TCS) et le Transfert canadien en matière de programmes sociaux (TCPS). Le TCS appuie l'engagement continu du gouvernement du Canada à maintenir les conditions et critères nationaux de la *Loi canadienne sur la santé*. Le TCPS, un financement global appuyant l'éducation postsecondaire ainsi que les services d'assistance sociale et autres services sociaux, continue à accorder aux provinces et aux territoires la souplesse nécessaire pour affecter des fonds à certains programmes sociaux, en fonction de leurs priorités respectives.

Les paiements effectués aux termes de la Loi dans le cadre du TCSPS sont subdivisés entre les nouveaux transferts, la contribution en espèces et en points d'impôt prévue pour chaque transfert étant fonction des habitudes de dépenses des provinces et des territoires dans les domaines visés par les transferts : 62 % pour le TCS et 38 % pour le TCPS.

PLAN DÉCENNAL POUR CONSOLIDER LES SOINS DE SANTÉ DE 2004

Le Plan décennal pour consolider les soins de santé prévoyait une augmentation des transferts fédéraux aux provinces et aux territoires. Signée par tous les premiers ministres le 16 septembre 2004, cette initiative engageait le gouvernement du Canada à apporter une aide supplémentaire de 41,3 milliards de dollars sur dix ans jusqu'en 2013–2014 en financement aux provinces et aux territoires pour la santé, dont 35,3 milliards de dollars en augmentation au TCS, 5,5 milliards de dollars pour la réduction des temps d'attente et 500 millions de dollars pour les équipements diagnostiques et médicaux.

BUDGET DE 2007

Le budget de 2007 faisait en sorte que tous les principaux arrangements fiscaux soient fondés sur des principes et assurés à long terme, jusqu'en 2013–2014. Afin que tous les Canadiens, indépendamment de l'endroit où ils vivent, bénéficient d'un traitement comparable, le budget garantissait, au moyen d'une loi, un montant égal par habitant pour le TCPS, à compter de 2007–2008, et pour le TCS, à compter du moment où a pris fin le Plan décennal pour consolider les soins de santé en 2013–2014. De plus, le budget de 2007 prévoyait un investissement supplémentaire d'un milliard de dollars afin d'aider les provinces et les territoires à instaurer des garanties concernant les temps d'attente, notamment à mettre en œuvre les initiatives proposées par Inforoute Santé du Canada.

NIVEAUX DE TRANSFERT ACTUELS

Comme l'a annoncé le gouvernement du Canada en décembre 2011, et comme il est prévu dans la *Loi sur l'emploi, la croissance et la prospérité durable*, le TCS augmente à un taux annuel de 6 % pour une autre période de trois ans après 2013–2014 (c'est-à-dire jusqu'en 2016–2017). À compter de 2017–2018, l'augmentation du TCS correspondra à la moyenne mobile sur trois ans de la croissance du produit intérieur brut nominal, la majoration garantie du financement étant d'au moins 3 % par année.

Donnant suite à la législation de 2007 qui prévoit une transition vers le versement d'une somme égale par habitant dans le cadre du TCS à compter de 2014–2015, la *Loi sur l'emploi, la croissance et la prospérité durable* garantit une transition financièrement responsable en assurant une protection, de sorte qu'aucune province ni aucun territoire ne recevrait au cours des années ultérieures, à la suite du passage aux montants égaux par habitant, un montant moindre que celui versé en 2013–2014.

En 2016, dans ses négociations sur les soins de santé avec les provinces et les territoires, le gouvernement du Canada s'est concentré sur les secteurs prioritaires pour les investissements. Dans le budget de 2017, le gouvernement du Canada a confirmé un financement de 11 milliards de dollars sur les dix prochaines années aux provinces et territoires, commençant en 2017–2018, ciblant particulièrement à améliorer l'accès aux services de soins à domicile et de santé mentale. En s'appuyant sur un cadre général décrivant les priorités communes dans ces secteurs, le financement parviendra aux provinces et aux territoires par l'entremise d'ententes bilatérales. On a demandé à l'Institut canadien d'information sur la santé d'élaborer des indicateurs communs à l'échelle des provinces et des territoires afin de mesurer le progrès global à l'amélioration de l'accès aux services dans ces deux secteurs.

Des demandes de renseignements supplémentaires sur les ententes de financements fédérales-provinciales-territoriales sont disponibles auprès du ministère des Finances ou en consultant le site Web suivant : Soutien fédéral aux provinces et aux territoires www.fin.gc.ca/access/fedprov-fra.asp. Des renseignements sur les ententes bilatérales concernant la santé mentale et les soins à domicile sont disponibles en consultant le site suivant : www.canada.ca/fr/sante-canada/organisation/transparence/ententes-en-matiere-de-sante/priorites-partagees-matiere-sante.html

CHAPITRE 2

APPLICATION ET CONFORMITÉ

APPLICATION

Le ministre fédéral de la Santé met en application la *Loi canadienne sur la santé* (LCS) avec l'aide du personnel de Santé Canada et celle du ministère de la Justice.

LA DIVISION DE LA LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ

La division de la Loi canadienne sur la santé de Santé Canada est responsable de la mise en application de la LCS. Les fonctionnaires de la division s'acquittent de ces fonctions permanentes :

- › surveiller et analyser les régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux pour en vérifier la conformité aux critères et aux conditions de la LCS, ainsi qu'à ses dispositions concernant la surfacturation et les frais modérateurs;
- › diffuser des renseignements à propos de la LCS;
- › répondre aux demandes de renseignements concernant la LCS et aux questions relatives à l'assurance-santé, reçues par téléphone, par courrier ou par Internet de la part du public, de députés, de ministères, d'organismes intéressés ou des médias;
- › créer et entretenir des partenariats officiels et officieux avec les responsables de la santé au sein des gouvernements provinciaux et territoriaux pour favoriser l'échange de renseignements;
- › produire le Rapport annuel sur l'application et l'exécution de la *Loi canadienne sur la santé*;
- › analyser les enjeux et faire de la recherche stratégique en vue de donner des conseils stratégiques;
- › collaborer avec les représentants des ministères de la Santé provinciaux et territoriaux par l'entremise du Comité de coordination des ententes interprovinciales en assurance-santé (voir ci-dessous);
- › travailler en partenariat avec les provinces et les territoires favorisant le respect de la LCS;
- › demander aux ministres de la Santé des provinces et des territoires d'étudier les éventuelles questions de conformité soulevées et de fournir des renseignements ou des précisions et, au besoin, leur recommander des mesures correctives afin d'assurer le respect des critères et des conditions de la Loi;
- › informer le ministre fédéral de la Santé en cas d'éventuels manquements à la Loi et recommander les mesures à prendre pour y remédier;
- › travailler avec les services juridiques de Santé Canada et de Justice Canada sur les questions de litiges qui impliquent la LCS.

COMITÉ DE COORDINATION DES ENTENTES INTERPROVINCIALES EN ASSURANCE-SANTÉ

Le comité de coordination des ententes interprovinciales en assurance-santé (CCEIAS) a été créé en 1991 pour aborder des questions liées à la facturation interprovinciale des services assurés médicaux et hospitaliers. Le comité est composé de représentants de toutes les provinces et de tous les territoires. Quant au président, il est membre d'office et il est de la division de la Loi canadienne sur la santé. La division de la Loi canadienne sur la santé s'acquitte également des fonctions de secrétariat au CCEIAS.

L'ensemble des provinces et des territoires participent aux ententes de la facturation réciproque des services hospitaliers, et tous, à l'exception du Québec, participent aux ententes de la facturation réciproque des services médicaux. En général, cela signifie que la carte d'assurance-santé est acceptée en guise de paiement lorsque le patient reçoit des services médicaux ou hospitaliers dans une autre province ou un autre territoire. Par la suite, la province ou le territoire qui a fourni le service facture directement la province ou le territoire d'origine du patient. Ces ententes font en sorte que les habitants du Canada qui voyagent au pays n'aient pas à payer de frais au point de service lorsqu'ils reçoivent des soins médicaux ou hospitaliers nécessaires.

Il convient de noter que ces ententes sont interprovinciales et non de ressort du gouvernement fédéral, et alors qu'elles facilitent le critère de transférabilité, elles ne sont pas des exigences de la LCS. Au cours de la période couverte par le rapport, le CCEIAS a ajouté à la facturation réciproque les services relatifs à l'aide médicale à mourir. Le Québec n'adhère pas à la facturation réciproque sur l'aide médicale à mourir en raison de sa loi qui restreint ce soin aux détenteurs de la carte d'assurance-maladie du Québec.

Le Groupe de travail chargé de l'examen des tarifs du CCEIAS détermine les tarifs de la facturation réciproque afin d'assurer que la province ou le territoire qui fournit les services de santé soit remboursé par la province ou le territoire d'origine du patient selon un tarif raisonnable.

Les questions relatives aux exigences d'inscription et d'admissibilité sont traitées par le Groupe de travail responsable de l'Accord sur l'admissibilité et la transférabilité du CCEIAS. Ce groupe de travail examine les questions liées à l'admissibilité et détermine les écarts possibles entre les provinces et les territoires concernant la couverture des soins de santé.

En 2016, un nouveau Groupe de travail sur la recherche des politiques a été créé afin d'examiner les questions relatives aux politiques qui entravent la couverture des services de santé assurés dans le but d'accroître la cohérence et la coordination des pratiques de facturation interprovinciales.

CONFORMITÉ

Pour régler d'éventuels manquements à la Loi, Santé Canada adopte une approche qui privilégie la transparence, la consultation et le dialogue avec les fonctionnaires des ministères de la Santé provinciaux et territoriaux. La plupart du temps, les questions sont résolues par la consultation et la discussion, en s'appuyant sur un examen approfondi des faits.

Les employés de la division de la Loi canadienne sur la santé surveillent le fonctionnement des régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux afin de conseiller le ministre sur les manquements possibles à la *Loi canadienne sur la santé* (LSC). Parmi leurs sources d'information, mentionnons les fonctionnaires et les publications des gouvernements provinciaux et territoriaux, les reportages des médias, ainsi que la correspondance reçue du public et d'organisations non gouvernementales.

Le personnel de l'unité de l'interprétation des programmes et de la conformité, de la division de la Loi canadienne sur la santé, évalue les sujets de préoccupation et les plaintes au cas par cas. Ce processus comprend la compilation de l'ensemble des faits et des renseignements reliés à la question, ainsi que l'application des mesures qui s'imposent. La vérification des faits auprès des fonctionnaires provinciaux et territoriaux du secteur de la santé peut révéler des questions qui n'ont pas de rapport direct avec la LCS, ou d'autres qui peuvent en avoir, mais qui sont attribuables à un malentendu ou à une mauvaise communication, comme l'admissibilité à la couverture des services de santé et la transférabilité de cette couverture à l'intérieur et à l'extérieur du Canada, et qui sont résolues rapidement avec l'aide des provinces et des territoires.

Lorsqu'une question concernant la LCS est déterminée mais non résolue après les demandes initiales à cet égard, les fonctionnaires de la division demandent à la province ou le territoire en question d'enquêter et de leur faire part de ses conclusions. Le personnel de la division discute de la question et de la solution possible avec les fonctionnaires provinciaux ou territoriaux. Seules les questions qui n'ont pu être réglées à la satisfaction de la division selon cette procédure sont portées à l'attention du ministre fédéral de la Santé.

QUESTIONS DE CONFORMITÉ

Pour la plupart, les régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux satisfont aux critères et aux conditions de la *Loi canadienne sur la santé*. Toutefois, en s'appuyant sur le rapport présenté à Santé Canada par le ministre de la Santé de la province, une déduction de 184 508 \$ a été appliquée aux versements de mars 2017 au titre du Transfert canadien en matière de santé à l'intention de la Colombie-Britannique concernant la surfacturation et les frais modérateurs imposés pour des services de santé assurés fournis dans des cliniques privées au cours de l'exercice 2014-2015. En même temps, les gouvernements de la Colombie-Britannique et du Canada ont accepté que soit mené un projet de vérification visant à déterminer la portée et la nature de la surfacturation et des frais modérateurs imposés en Colombie-Britannique. Les résultats du projet devaient paraître à la fin de 2017 et seront publiés dans le Rapport annuel sur la Loi canadienne sur la santé de l'année prochaine.

Au Québec, en s'appuyant sur les frais imposés aux patients que le vérificateur général du Québec a déclarés pour 2014-2015, le ministre a estimé à 9 907 229 \$ le montant des déductions qui ont été appliquées aux versements de mars 2017 au titre du Transfert canadien en matière de santé à l'intention de la province.

Tel que rapporté dans le Rapport annuel de l'année passée sur la Loi canadienne sur la santé, le gouvernement du Canada a indiqué, le 31 mars 2016, qu'il comparaitrait devant la Cour suprême de la Colombie-Britannique comme partie dans l'affaire *Cambie Surgeries Corporation et autres c. Medical Services Commission et autres* en vertu de la *Constitutional Question Act* de la Colombie-Britannique. Les demandeurs souhaitent que la Cour abroge des dispositions de la *Medicare Protection Act* de la Colombie-Britannique qui interdisent l'imposition de frais modérateurs, la surfacturation et les assurances privées à l'égard des services de santé couverts par le régime d'assurance-santé de la province, en alléguant que ces dispositions vont à l'encontre des articles 7 et 15 de la Charte canadienne des droits et libertés. Le Canada appuie la Colombie-Britannique dans le cadre de cette affaire en formulant des arguments au sujet de la constitutionnalité des dispositions de la *Medicare Protection Act*, qui reflètent

les principes de la *Loi canadienne sur la santé*. Au cours de la période couverte par le rapport, le Canada a continué d'appuyer la Colombie-Britannique dans sa défense dans cette contestation de la charte, et de préparer des preuves au nom du gouvernement fédéral.

Santé Canada continue à vérifier la conformité des provinces et des territoires en fonction de la LCS. Les paragraphes qui suivent décrivent quelques-uns des grands progrès réalisés depuis la publication du Rapport annuel sur l'application de la Loi canadienne sur la santé de 2015–2016 :

En 2016–2017, Santé Canada a continué à consulter Alberta Health au sujet de cliniques de soins privées qui imposent aux patients des frais d'adhésion annuels (frais de cotisation). Toute prestation de services assurés conditionnelle au paiement de frais constituerait un non-respect du critère d'accessibilité prévu dans la LCS. En général, ces frais couvrent un ensemble de services non assurés, mais garantissent aussi un accès rapide aux services et à la possibilité de consulter un médecin de famille sans être pressé. En juin 2016, Santé Canada a été informé que des vérifications allaient être menées dans quatre cliniques et que les résultats seraient transmis au gouvernement fédéral. Santé Canada continuera de surveiller cette question.

En vertu de la LCS, la définition des « services hospitaliers » précise que l'hébergement en salle commune est un service assuré. L'imposition des frais pour l'hébergement en chambre privée ou semi-privée est permise en vertu de la LCS seulement si cet hébergement n'est pas médicalement nécessaire et est fourni à la demande du patient. Si l'hébergement en salle commune n'est pas disponible ou ne peut être offert, il faut alors fournir au patient un hébergement sans frais en chambre privée ou semi-privée. Après avoir examiné les lois et politiques provinciales et territoriales en 2014, Santé Canada était préoccupé par la possibilité que des frais inappropriés, pour de l'hébergement, soient imposés au Québec, en Ontario et en Colombie-Britannique. Le Québec et la Colombie-Britannique ont abordé cette préoccupation, alors que l'Ontario a réglé la question en 2017–2018.

À la suite de reportages dans les médias en mars 2017 selon lesquels certaines cliniques en Ontario imposeraient des frais d'adhésion aux résidents assurés pour leur permettre de recevoir des services assurés, Santé Canada a écrit au gouvernement de l'Ontario pour lui faire part de ses préoccupations à cet égard. En l'absence de détails sur des exemples précis témoignant de l'existence d'une telle pratique, la province n'a pas été en mesure d'émettre des commentaires sur les cas dévoilés dans les médias. Néanmoins, l'Ontario a fait savoir à Santé Canada qu'il avait pris des mesures dans le passé pour que les cliniques comprennent bien que les frais d'adhésion ne devaient pas être un obstacle à l'obtention de services par les résidents assurés et qu'il communiquerait de nouveau avec ces cliniques pour veiller à ce qu'elles connaissent bien leurs obligations en vertu de la Loi sur l'engagement d'assurer l'avenir de l'assurance-santé de l'Ontario. Santé Canada s'est dit satisfait de la réponse de la province, et aucune autre mesure de conformité n'a été prise.

Les services d'imagerie de résonance magnétique (IRM) et de tomodensitométrie (TDM) sont considérés comme des services de santé assurés, lorsqu'ils sont médicalement nécessaires de maintenir la santé, de prévenir une maladie ou de diagnostiquer ou traiter une blessure ou une invalidité et sont fournis dans un hôpital ou une clinique. La Saskatchewan est la seule province qui encourage expressément cette pratique au moyen d'une loi. Or, dans d'autres provinces, dont la Colombie-Britannique, l'Alberta, le Québec, le Nouveau-Brunswick et la Nouvelle-Écosse, tout porte à croire que les résidents paient de leur poche afin d'avoir un accès plus rapide aux services diagnostiques.

En juillet 2015, Santé Canada a écrit au ministère de la Santé du Québec au sujet du projet de loi 20, qui proposait d'autoriser l'application de frais modérateurs (frais accessoires) par les médecins lorsqu'ils offrent certains services de santé publics assurés dans leur bureau ou leur clinique privée. Au début du mois de septembre 2016, la ministre fédérale de la Santé a fait part de ses préoccupations au ministre de la Santé du Québec concernant les frais accessoires et, le 28 septembre 2016, le ministre de la Santé du Québec a adopté un règlement en vertu de la loi québécoise sur la santé qui, à son entrée en vigueur en janvier 2017, a permis d'abolir tous les frais accessoires, sauf ceux pour le transport d'échantillons sanguins et biologiques.

Les services d'avortement sont assurés dans l'ensemble des provinces et des territoires; toutefois, l'accès à ces services assurés varie d'une province et d'un territoire à un autre partout au pays. Selon le Rapport annuel sur la Loi canadienne sur la santé de l'année passée, l'Île-du-Prince-Édouard prévoyait commencer à offrir des services d'avortement sur son territoire à ses résidents. Comme la province a ouvert un centre pour la santé des femmes en janvier 2017 et que celui-ci offre des services d'avortement, Santé Canada considère que l'Île-du-Prince-Édouard respecte la *Loi canadienne sur la santé*. Au Nouveau-Brunswick, seuls les avortements pratiqués en milieu hospitalier sont couverts; les avortements pratiqués dans la clinique privée de Fredericton ou dans d'autres cliniques privées ne le sont pas. Le fait que les avortements pratiqués en clinique privée ne sont pas couverts par le régime d'assurance-santé du Nouveau-Brunswick demeure une préoccupation du point de vue des critères d'accessibilité et d'intégralité de la *Loi canadienne sur la santé*.

En 2016–2017, Santé Canada a continué de surveiller les enjeux de conformité et d'interprétation ci-après :

Santé Canada demeure préoccupé par les frais imposés aux patients pour des médicaments administrés dans le cadre de services hospitaliers d'un jour et leur acceptabilité en vertu de la LCS, car l'administration, en milieu hospitalier, de médicaments et de produits biologiques médicalement nécessaires pour maintenir la santé, prévenir la maladie ou diagnostiquer ou traiter une blessure, une maladie ou une incapacité constitue un service de santé assuré en vertu de la LCS.

Les services médicaux reçus par des Québécois dans une autre province ne sont pas remboursés selon le tarif de la province où ils ont été obtenus, ce qui est pourtant une exigence du critère de transférabilité en vertu de la LCS. De même, des Canadiens habitant d'autres provinces que le Québec disent que, bien souvent, leur carte d'assurance-santé n'est pas acceptée lorsqu'ils ont besoin de soins à l'extérieur de leur province ou de leur territoire, en particulier dans les cliniques sans rendez-vous, ce qui va à l'encontre de l'esprit de la LCS. De plus, exception faite de l'Île-du-Prince-Édouard et des trois territoires, les tarifs journaliers fixés pour le remboursement des services hospitaliers fournis à l'étranger semblent inférieurs à ceux établis pour ces services lorsqu'ils sont fournis dans la province d'origine, ce qui est pourtant une exigence du critère de transférabilité de la LCS.

HISTORIQUE DES DÉDUCTIONS ET DES REMBOURSEMENTS EN VERTU DE LA LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ

La *Loi canadienne sur la santé* (LCS), entrée en vigueur le 1^{er} avril 1984, réitère l'engagement national aux principes originaux du système de soins de santé au Canada, intégrés aux lois précédentes, à savoir la Loi sur les soins médicaux et la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques*. Afin de

cesser la prolifération de cas d'imposition directe de frais pour des services hospitaliers et médicaux, le gouvernement fédéral a décidé d'instituer des pénalités intégrales obligatoires en cas de surfacturation ou d'imposition de frais modérateurs qui réduisent l'accès de nombreux Canadiens aux soins de santé pour des raisons financières.

De 1984 à 1987, le paragraphe 20(5) de la LCS prévoyait le remboursement des déductions relatives aux frais mentionnés ci-dessus aux provinces qui les auraient éliminés avant le 1^{er} avril 1987. Au 31 mars 1987, il a été établi que toutes les provinces qui avaient permis la surfacturation et les frais modérateurs avaient pris des mesures satisfaisantes pour éliminer ces pratiques. Par conséquent, en juin 1987, un montant total de 244 732 000 \$ en déductions était remboursé au Nouveau-Brunswick (6 886 000 \$), au Québec (14 032 000 \$), à l'Ontario (106 656 000 \$), au Manitoba (1 270 000 \$), à la Saskatchewan (2 107 000 \$), à l'Alberta (29 032 000 \$) et à la Colombie-Britannique (84 749 000 \$).

À la suite de la période de transition initiale de trois ans de la LCS, pendant laquelle les déductions pouvaient être remboursées aux provinces et aux territoires, aucune pénalité en vertu de la LCS n'a été imposée avant l'exercice 1994–1995. Le tableau à la fin de la présente section résume les déductions et les remboursements effectués sur les paiements de transfert provinciaux ou territoriaux depuis 1984–1985.

Au début des années 1990, un différend entre la British Columbia Medical Association et le gouvernement de la Colombie-Britannique au sujet de la rémunération a amené plusieurs médecins à se retirer du régime d'assurance-santé provincial et à faire payer leurs patients directement. Un certain nombre de ces médecins exigeaient un montant supérieur à celui que les patients pouvaient récupérer du régime d'assurance-santé provincial. Ce montant excédentaire constituait une surfacturation aux termes de la LCS. Des déductions ont été appliquées à partir de mai 1994, pour l'exercice 1992–1993, et elles se sont poursuivies jusqu'en septembre 1995, date d'entrée en vigueur de modifications à la *Medicare Protection Act* de la Colombie-Britannique qui interdisait la surfacturation par les médecins. Un montant total de 2 025 000 \$ a été déduit de la contribution pécuniaire destinée à la Colombie-Britannique, pour cause de surfacturation de 1992–1993 à 1995–1996. Ces déductions et toutes celles qui ont suivi n'étaient pas remboursables.

En janvier 1995, la ministre fédérale de la Santé, Diane Marleau, a fait part à ses collègues provinciaux et territoriaux de ses préoccupations au sujet de la création d'un système de santé à deux vitesses et de l'émergence de cliniques privées imposant des frais d'établissement pour des services chirurgicaux médicalement nécessaires. Dans le cadre de ses communications avec les provinces et les territoires, la ministre Marleau a annoncé que les provinces et les territoires auraient environ neuf mois pour éliminer les frais modérateurs, à défaut de quoi des pénalités financières leur seraient imposées en vertu de la LCS. Par conséquent, à partir de novembre 1995, des montants ont été déduits des contributions pécuniaires versées à l'Alberta, au Manitoba, à la Nouvelle-Écosse et à Terre-Neuve-et-Labrador en raison de leur non-conformité à la politique fédérale sur les cliniques privées.

De novembre 1995 à juin 1996, un montant total de 3 585 000 \$ a été déduit de la contribution pécuniaire destinée à l'Alberta quant aux frais d'établissement exigés dans des cliniques offrant des services de chirurgie, d'ophtalmologie et d'avortement. Le 1^{er} octobre 1996, l'Alberta interdisait aux cliniques de chirurgie privées d'imposer à leurs patients des frais d'établissement pour des services médicalement nécessaires, dont les honoraires médicaux étaient facturés au régime d'assurance-santé provincial.

De la même manière, en raison de l'imposition de frais d'établissement dans une clinique d'avortement, un total de 280 430 \$ a été déduit de la contribution pécuniaire accordée à Terre-Neuve-et-Labrador avant l'abolition de ces frais, à compter du 1^{er} janvier 1998.

De novembre 1995 à décembre 1998, un total de 2 055 000 \$ a été déduit de la contribution pécuniaire destinée au Manitoba, les déductions ont cessé le 1^{er} janvier 1999, lorsque la province a confirmé l'élimination des frais modérateurs dans les cliniques de chirurgie et d'ophtalmologie. Toutefois, au cours de l'exercice 2001–2002, une déduction mensuelle (d'octobre 2001 à mars 2002, inclusivement) de 50 033 \$ a été faite sur la contribution pécuniaire destinée au Manitoba au titre du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS), à la lumière d'un état financier soumis par la province qui montrait que les montants réels des frais modérateurs exigés à l'égard de services assurés pendant les exercices 1997–1998 et 1998–1999 étaient supérieurs aux déductions appliquées à partir d'estimations. Le total des déductions appliquées au Manitoba s'élevait donc à 2 355 201 \$.

Avec la fermeture d'une clinique privée à Halifax le 27 novembre 2003, il a été établi que la Nouvelle-Écosse se conformait à la politique fédérale sur les cliniques privées. Avant la fermeture, un total de 372 135 \$ avait été déduit de la contribution pécuniaire. Destinée à la Nouvelle-Écosse au titre du TCSPS parce que la province n'avait pas couvert les frais d'établissement imposés aux patients bien qu'elle ait payé les honoraires médicaux, un montant final de 5 463 \$ a été déduit des paiements de mars 2005 du Transfert canadien en matière de santé (TCS) à la Nouvelle-Écosse à titre de rapprochement pour des déductions déjà appliquées en 2002–2003 et un rajustement positif ponctuel de 8 121 \$ en faveur de la Nouvelle-Écosse a été appliqué au paiement de mars 2006 au titre du TCS pour faire concorder les sommes effectivement exigées sous forme de surfacturation et de frais modérateurs avec les pénalités déjà imposées sur la base des estimations provinciales signalées pour l'exercice 2003–2004.

En janvier 2003, la Colombie-Britannique a présenté un état financier, conformément au Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs de la *Loi canadienne sur la santé*, qui indiquait que les montants globaux réels exigés pour la surfacturation et les frais modérateurs imposés pendant l'exercice 2000–2001 s'élevaient à 4 610 \$. Un montant de 4 610 \$ a donc été déduit de la contribution pécuniaire de mars 2003 du TCSPS.

En 2004, la Colombie-Britannique n'a pas signalé à Santé Canada les montants de la surfacturation et des frais modérateurs réels exigés pendant l'exercice 2001–2002, contrevenant ainsi aux exigences du Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs. À la suite de rapports indiquant que la Colombie-Britannique enquêtait sur des cas d'imposition de frais modérateurs, une déduction de 126 775 \$ a été appliquée au paiement de mars 2004 au titre du TCSPS destiné à la Colombie-Britannique, en fonction du montant qui aurait été imposé pendant l'exercice 2001–2002 d'après les estimations du ministre.

Depuis 2005, des déductions de 1 641 798 \$ ont été appliquées aux paiements au titre du TCS destinés à la Colombie-Britannique en raison de frais qui ont été imposés aux patients dans la province. Ce montant est la somme des déductions prises de l'exercice 2004–2005 à 2016–2017, tel que montré dans le tableau à la fin du présent chapitre. La déduction appliquée en 2012–2013 quant à l'exercice 2010–2011, calculée par la ministre fédérale de la Santé, représente l'ensemble des montants déclarés à Santé Canada par la Colombie-Britannique et des montants déclarés publiquement à la suite d'une vérification effectuée par la Medical Services Commission de la Colombie-Britannique. Cette méthode a été utilisée pour les années subséquentes.

Une déduction de 1 100 \$ a été appliquée au paiement de mars 2005 au titre du TCS destiné à Terre-Neuve-et-Labrador pour les frais imposés à un patient pour un examen IRM dans un hôpital au cours de l'exercice 2002–2003. Le paiement de mars 2007 au titre du TCS destiné à la Nouvelle-Écosse a été réduit de 9 460 \$ pour la surfacturation pratiquée en 2004–2005.

Depuis mars 2011, des déductions totalisant 102 249 \$ ont été soustraites des paiements au titre du TCS destiné à Terre-Neuve-et-Labrador pour la surfacturation et l'imposition de frais modérateurs en fonction des montants déclarés à Santé Canada par la province. Puisque ces frais découlaient de services fournis par un chirurgien-dentiste s'étant retiré du Régime qui a quitté la province depuis, Santé Canada estime que ce dossier est réglé.

En mars 2017, en s'appuyant sur les montants exigés pour la surfacturation et les frais modérateurs que le vérificateur général du Québec a déclarés pour 2014–2015, le ministre a estimé à 9 907 229 \$ le montant des déductions. À la lumière des mesures correctives que le gouvernement provincial avait déjà prises pour abolir les frais accessoires en janvier 2017, le gouvernement du Canada a redonné ce montant au Québec par la suite.

Depuis l'adoption de la LCS, d'avril 1984 à mars 2017, un total de 11 807 100 \$ a été déduit des paiements du transfert concernant les dispositions de la LCS sur la surfacturation et les frais modérateurs. Ce montant exclut les déductions totales de 244 732 000 \$ effectuées de 1984 à 1987, puis remboursées par la suite aux provinces lorsque la surfacturation et les frais modérateurs ont été éliminés, ainsi que les déductions de 9 907 229 \$ qui ont été redonnées au Québec en mars 2017, à la lumière des mesures correctives que le gouvernement provincial avait déjà prises pour régler la question des frais accessoires en janvier 2017.

DÉDUCTIONS, REMBOURSEMENTS ET RAPPROCHEMENTS APPLIQUÉS AUX CONTRIBUTIONS PÉCUNIAIRES AU TITRE DU TCPS/TCs CONFORMÉMENT À LA LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ DEPUIS 1984-1985 (EN DOLLARS)

	T.N.-L.	I.P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yn	T.N.-O.	Nt	TOTAL
1984-1985	-	-	-	3 078 000	7 893 000	39 996 000	810 000	1 451 000	9 936 000	2 797 000	-	-	-	65 961 000 ¹
1985-1986	-	-	-	3 306 000	6 139 000	53 328 000	460 000	656 000	11 856 000	30 620 000	-	-	-	106 365 000 ¹
1986-1987	-	-	-	502 000	-	13 332 000	-	-	7 240 000	31 332 000	-	-	-	52 406 000 ¹
1987-1988 à 1991-1992	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
1992-1993	-	-	-	-	-	-	-	-	-	83 000	-	-	-	83 000
1993-1994	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1 223 000	-	-	-	1 223 000
1994-1995	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1 982 000	-	-	-	1 982 000
1995-1996	46 000	-	32 000	-	-	-	269 000	-	2 319 000	43 000	-	-	-	2 709 000
1996-1997	96 000	-	72 000	-	-	-	588 000	-	1 266 000	-	-	-	-	2 022 000
1997-1998	128 000	-	57 000	-	-	-	586 000	-	-	-	-	-	-	771 000
1998-1999	53 000	-	38 950	-	-	-	612 000	-	-	-	-	-	-	703 950
1999-2000	(42 570)	-	61 110	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	18 540
2000-2001	-	-	57 804	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	57 804
2001-2002	-	-	35 100	-	-	-	300 201	-	-	-	-	-	-	335 301
2002-2003	-	-	11 052	-	-	-	-	-	-	4 610	-	-	-	15 662
2003-2004	-	-	7 119	-	-	-	-	-	-	126 775	-	-	-	133 894
2004-2005	1 100	-	5 463	-	-	-	-	-	-	72 464	-	-	-	79 027
2005-2006	-	-	(8 121)	-	-	-	-	-	-	29 019	-	-	-	20 898
2006-2007	-	-	9 460	-	-	-	-	-	-	114 850	-	-	-	124 310
2007-2008	-	-	-	-	-	-	-	-	-	42 113	-	-	-	42 113
2008-2009	-	-	-	-	-	-	-	-	-	66 195	-	-	-	66 195
2009-2010	-	-	-	-	-	-	-	-	-	73 925	-	-	-	73 925
2010-2011	3 577	-	-	-	-	-	-	-	-	75 136	-	-	-	78 713
2011-2012	58 679	-	-	-	-	-	-	-	-	33 219	-	-	-	91 898
2012-2013	50 758	-	-	-	-	-	-	-	-	280 019	-	-	-	330 777
2013-2014	(10 765)	-	-	-	-	-	-	-	-	224 568	-	-	-	213 803
2014-2015	-	-	-	-	-	-	-	-	-	241 637	-	-	-	241 637
2015-2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	204 145	-	-	-	204 145
2016-2017	-	-	-	-	9 907 229	-	-	-	-	184 508	-	-	-	10 091 737
TOTAL	383 779	0	378 937	6 886 000	23 939 229	106 656 000	3 625 201	2 107 000	32 617 000	69 853 183	0	0	0	246 446 329

¹ Des déductions subséquemment remboursées en vertu de la disposition statutaire de remboursement au paragraphe 20(5) de la Loi canadienne sur la santé pour la surfacturation et les frais modérateurs faits durant les exercices 1984-1985, 1985-1986 et 1986-1987.

POUR COMPRENDRE LE TABLEAU

- › Jusqu'à présent, la plupart des déductions ont été appliquées en fonction des états financiers indiquant les montants de surfacturation et de frais modérateurs réels, c'est-à-dire deux ans après l'exercice visé.
- › Si une province ou un territoire omet de soumettre un état de surfacturation ou de frais modérateurs, ou si le ministre fédéral de la Santé croit qu'un état soumis est inexact, la *Loi canadienne sur la santé* oblige le ministre fédéral de la Santé à estimer une déduction, en consultation avec le ministre responsable de la santé dans la province ou le territoire concerné.
- › Dans les cas où la province ou le territoire a fourni une estimation anticipée des montants de surfacturation et de frais modérateurs pour l'exercice à venir, une déduction a été appliquée selon les frais imposés dans l'exercice ayant fait l'objet de l'estimation.
- › En plus de constituer le fondement de la plupart des déductions appliquées en vertu de la Loi, les états financiers indiquant les montants réels de surfacturation et de frais modérateurs permettent de rapprocher les frais estimés à ceux qui ont réellement été imposés. Ces rapprochements constituent le fondement des modifications subséquentes effectuées au titre des transferts de fonds destinés aux provinces et aux territoires.
- › Les chiffres entre parenthèses représentent les remboursements rajustés versés à la province ou au territoire.

CHAPITRE 3

LES RÉGIMES D'ASSURANCE-SANTÉ PROVINCIAUX ET TERRITORIAUX EN 2016–2017

Le chapitre suivant présente les 13 régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux qui composent le système public d'assurance-santé au Canada. Le but de ce chapitre est de montrer avec clarté et cohérence dans quelle mesure les régimes d'assurance-santé des provinces et des territoires ont satisfait aux exigences des critères et conditions de programme de la *Loi canadienne sur la santé* en 2016–2017.

Les fonctionnaires des provinces, des territoires et du gouvernement fédéral ont collaboré afin de produire les descriptions détaillées des régimes qui sont présentées au chapitre 3. L'information que Santé Canada a demandée aux ministères de la Santé des provinces et des territoires pour le rapport comporte deux volets :

- › une description du système de soins de santé provincial ou territorial par rapport aux conditions et aux critères prévus par la Loi, qui se trouve à la suite de la présente introduction;
- › des statistiques au sujet des services de santé assurés.

L'information présentée dans le premier volet sert au suivi des régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux et au contrôle de leur conformité aux exigences de la Loi, alors que les statistiques permettent de dégager les tendances actuelles et futures relativement au système de soins de santé canadien. Bien que les provinces et les territoires aient tous soumis des descriptions détaillées de leurs régimes d'assurance-santé, le Québec a choisi de ne pas fournir les statistiques supplémentaires qui figurent dans les tableaux du rapport de cette année.

Afin d'aider les provinces et les territoires à préparer leur contribution au rapport annuel, Santé Canada leur a fourni le document intitulé Rapport annuel de 2016–2017 sur l'application de la *Loi canadienne sur la santé* – Guide de mise à jour des présentations (Guide de l'utilisateur). Ce guide vise à aider les provinces et les territoires à satisfaire aux exigences de Santé Canada en ce qui concerne le rapport. Les modifications qui y sont apportées chaque année découlent de l'analyse, effectuée par Santé Canada, des descriptions des régimes d'assurance-santé tirées des rapports annuels précédents et de l'évaluation du Ministère des nouvelles questions d'intérêt liées aux services de santé assurés. Dans le guide de cette année, on a demandé aux provinces et aux territoires d'ajouter de l'information supplémentaire concernant les sujets suivants :

- › la façon dont les provinces et les territoires traitent des plaintes sur la surfacturation et les frais modérateurs, y compris tout mécanisme de remboursement des frais inappropriés;
- › l'existence de programmes de surveillance ou de vérification liés à la rémunération des médecins;

- › le processus d'appel des décisions rendues par un régime d'assurance-santé concernant la résidence ou la couverture hors province ou territoire;
- › des statistiques supplémentaires au sujet des dentistes et de leur participation aux régimes publics d'assurance-santé;
- › la capacité des habitants de se retirer des régimes d'assurance-santé provinciaux ou territoriaux.

Santé Canada continuera de collaborer avec les provinces et territoires à l'élargissement et au renforcement de la portée et du contenu en information mise à la disposition des Canadiens par l'entremise du Rapport annuel sur l'application de la Loi canadienne sur la santé.

À la fin du printemps 2017, des téléconférences bilatérales et l'envoi du Guide de l'utilisateur mis à jour à chacune de ces provinces ou territoires ont donné le coup d'envoi au processus de production du Rapport annuel sur l'application de la Loi canadienne sur la santé de 2016–2017.

DESCRIPTIONS DES RÉGIMES D'ASSURANCE-SANTÉ

Pour le chapitre qui suit, on a demandé aux fonctionnaires des provinces et des territoires de fournir une description de leur régime d'assurance-santé. Ces descriptions observent les critères de programme énoncés dans la *Loi canadienne sur la santé* pour montrer comment les régimes satisfont aux critères de la Loi. La description comporte aussi des renseignements sur les moyens pris par chaque province et territoire pour reconnaître, comme l'exige la *Loi canadienne sur la santé*, la contribution financière du gouvernement fédéral aux services de santé assurés et aux services complémentaires de santé.

STATISTIQUES SUR LES RÉGIMES D'ASSURANCE-SANTÉ PROVINCIAUX ET TERRITORIAUX

Avec le temps, la partie du rapport annuel consacrée aux statistiques fournies par les provinces et les territoires a été simplifiée et rationalisée à partir des commentaires reçus des fonctionnaires provinciaux et territoriaux et à la lumière d'examen de la qualité et de la disponibilité des données. Les tableaux de statistiques supplémentaires figurent à la suite de la description du régime de chaque province et territoire, à l'exception du Québec.

Les tableaux statistiques visent à mettre en contexte l'application de la *Loi canadienne sur la santé* et à donner un aperçu national des tendances de prestation et de financement des services de santé assurés au Canada qui tombent sous le coup de la Loi.

Les tableaux statistiques renferment des données sur les ressources et les coûts reliés aux services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire assurés, par province et territoire, pour cinq exercices consécutifs se terminant le 31 mars 2017. Toute l'information provient de fonctionnaires provinciaux et territoriaux.

Malgré les efforts déployés pour saisir uniformément les données, il existe des différences dans la manière dont les gouvernements provinciaux et territoriaux rendent compte des programmes et des services de soins de santé. Par conséquent, aucune comparaison n'est faite entre les provinces et les territoires. Les gouvernements des provinces et des territoires sont responsables de la qualité et de l'intégrité des données qu'ils fournissent.

ORGANISATION DES RENSEIGNEMENTS

Les renseignements dans les tableaux sont regroupés selon les neuf sous-sections décrites ci-après.

Personnes inscrites : Le nombre de résidents inscrits au régime d'assurance-santé de chaque province ou territoire.

Services hospitaliers assurés fournis dans la province ou le territoire : Les statistiques dans cette sous-section concernent la prestation de services hospitaliers assurés aux résidents de la province ou du territoire et aux visiteurs provenant d'autres régions du Canada.

Services hospitaliers assurés fournis aux résidents dans une autre province ou un autre territoire : Les statistiques dans cette sous-section concernent les services hospitaliers assurés reçus à l'extérieur de la province ou du territoire qui sont payés par la province ou le territoire d'origine du résident lorsqu'il se déplace ailleurs au Canada.

Services hospitaliers assurés fournis à l'extérieur du Canada : Les services représentent les frais hospitaliers engagés par des résidents pendant leur séjour à l'extérieur du Canada et payés par leur province ou leur territoire d'origine.

Services médicaux assurés fournis dans la province ou le territoire : Les statistiques de cette sous-section concernent la prestation de services médicaux assurés aux résidents dans chaque province ou territoire et aux visiteurs provenant d'autres régions du Canada.

Services médicaux assurés fournis aux résidents dans une autre province ou un autre territoire : Cette sous-section rend compte des services médicaux payés par une province ou un territoire aux autres provinces et territoires pour ses résidents en visite.

Services médicaux assurés fournis à l'extérieur du Canada : Les services représentent les frais de services médicaux engagés par des résidents pendant leur séjour à l'extérieur du Canada et payés par leur province ou leur territoire d'origine.

Services de chirurgie dentaire assurés fournis dans la province ou le territoire : Les renseignements dans cette sous-section décrivent les services de chirurgie dentaire assurés fournis dans chaque province ou territoire.

TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR

Le ministère de la Santé et des Services communautaires (le Ministère) est responsable d'établir les grandes orientations et priorités stratégiques du système de santé et de services communautaires dans l'ensemble de la province.

Le Ministère travaille avec des intervenants pour élaborer et améliorer les politiques, les lois, les normes provinciales et les stratégies visant à favoriser des bienfaits optimaux pour la santé et le mieux-être des personnes, des familles et des communautés. Le Ministère dirige l'élaboration de politiques et de programmes, la planification ainsi que l'appui offert aux quatre régions régionales de la santé (RRS). Il travaille également avec les intervenants pour assurer l'accès à des services de santé de qualité, rentables et opportuns pour tous les Terre-Neuviens et les Labradoriens.

En plus de services de coordination, de surveillance et de soutien, le Ministère assure un leadership auprès des RRS, qui offrent la majorité des services de santé publics dans la province, ainsi qu'auprès d'autres organismes offrant des programmes et des services. Il assure ainsi un gage de qualité et d'efficacité dans des secteurs comme l'administration des établissements de santé, l'accès et l'efficacité clinique, les programmes destinés aux aînés, aux personnes handicapées et aux personnes qui ont des troubles de santé mentale ou des dépendances, les soins de longue durée et les services de soutien communautaire, l'éducation et la formation des professionnels de la santé, le contrôle, la possession, la manipulation, la conservation et la vente d'aliments et de drogues, la protection et la promotion de la santé, la prévention et la lutte contre les maladies, la santé publique et le respect des normes de santé publique.

Du budget annuel représentant près de 3 milliards de dollars, le Ministère compte environ 40 % du budget total de la province. Le budget de 2016–2017 comprend du financement pour des nouvelles options de service destinées aux personnes âgées qui ont besoin de soins améliorés, la couverture d'un certain nombre de nouvelles pharmacothérapies dans le cadre du Newfoundland and Labrador Prescription Drug Program, ainsi que la planification de nouveaux établissements de santé.

À Terre-Neuve-et-Labrador, environ 20 000 fournisseurs, employés de soutien et administrateurs de services de soins de santé offrent des services de santé à plus de 530 000 habitants.

1.0 GESTION PUBLIQUE

1.1 RÉGIME D'ASSURANCE-SANTÉ ET AUTORITÉ PUBLIQUE

Les régimes d'assurance-santé gérés par le Ministère sont l'assurance-hospitalisation et l'assurance-santé. Ils sont sans but lucratif et gérés par un organisme public.

La *Medical Care and Hospital Insurance Act*, qui est entrée en vigueur le 1^{er} octobre 2016, remplace à la fois la *Medical Care Insurance Act (1999)* et la *Hospital Insurance Agreement Act*.

www.assembly.nl.ca/Legislation/sr/statutes/m05-01.htm

En vertu de l'article 5 de la *Medical Care and Hospital Insurance Act*, le ministre de la Santé et des Services communautaires doit gérer un régime de soins médicaux et d'assurance-hospitalisation pour les résidents de la province. La Loi accorde le pouvoir de prendre des règlements définissant qui est un résident, prescrivant quels services sont des services assurés et dans quelles circonstances les services assurés devraient être payés par le ministre.

Le Régime d'assurance-santé facilite la prestation de soins médicaux complets à tous les habitants de la province par l'adoption de politiques, de procédures et de systèmes qui permettent de rémunérer comme il se doit les prestataires de services professionnels assurés.

Le Régime d'assurance-hospitalisation englobe les services hospitaliers assurés reçus dans la province lorsqu'ils sont recommandés par un médecin. L'admissibilité aux termes du Régime est liée à l'admissibilité au Régime d'assurance-santé. Tous les bénéficiaires du Régime d'assurance-santé ont automatiquement droit à la protection donnée par le Régime d'assurance-hospitalisation.

Le Régime d'assurance-santé est exploité conformément aux dispositions de la *Medical Care Insurance Act (1999)* et de son Règlement, et en conformité avec la *Loi canadienne sur la santé*.

1.2 LIENS HIÉRARCHIQUES

Le Ministère a pour mandat de gérer les régimes d'assurance-hospitalisation et d'assurance-santé. Il rend des comptes sur ces régimes au moyen des processus législatifs prévus, comme les comptes publics et le comité des services sociaux de la Chambre d'assemblée, ainsi qu'au moyen d'autre législation.

Le gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador établit des exigences provinciales quant à la planification et aux rapports auxquels doivent satisfaire tous les ministères, y compris le ministère de la Santé et des Services communautaires. En vertu de la *Transparency and Accountability Act*, le ministère de la Santé et des Services communautaires et les douze entités qui lui rendent des comptes, y compris les RRS, produisent un plan stratégique triennal et un rapport de rendement annuel. Les plans et les rapports sont déposés à la Chambre d'assemblée et affichés sur le site Web du Ministère. www.health.gov.nl.ca/health/publications/index.html

Le rapport annuel du ministère de la Santé et des Services communautaires de 2016–2017 a été déposé le 28 septembre 2017.

1.3 VÉRIFICATION DES COMPTES

Chaque année, le vérificateur général de la province effectue une vérification indépendante des comptes publics provinciaux. Les dépenses du Régime d'assurance-santé font partie des comptes publics. Le vérificateur général dispose d'un accès complet et sans restriction aux dossiers du Régime d'assurance-santé à l'aide de codes, mais doit protéger la vie privée et les renseignements personnels.

Les quatre régies régionales de la santé (RRS) sont soumises à des vérifications de leurs états financiers, à des examens et à des vérifications de la conformité. Les vérifications des états financiers sont effectuées par des cabinets de vérificateurs indépendants choisis par les RRS. Les missions d'examen, les vérifications de la conformité et les vérifications auprès des médecins sont effectuées par le personnel du Ministère, sous le régime de la *Medical Care and Hospital Insurance Act*. Les dossiers des médecins et ceux des associations professionnelles de médecins sont examinés pour vérifier si l'information concordait avec les services facturés et si ces derniers sont assurés aux termes du Régime d'assurance-santé.

Des vérifications auprès des bénéficiaires sont effectuées par le personnel du Ministère en vertu de la *Medical Care and Hospital Insurance Act*.

Le vérificateur général effectue régulièrement des vérifications indépendantes du rendement des programmes gouvernementaux. En 2016, le vérificateur général a passé en revue la gestion des lits de soins de courte durée, les médecins salariés et le programme d'ambulance terrestre. Le Ministère tient compte des recommandations du vérificateur général dans sa mise en œuvre des améliorations du programme.

2.0 INTÉGRALITÉ

2.1 SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS

Au 31 mars 2017, la *Medical Care and Hospital Insurance Act* et le *Hospital Insurance Regulations* régissent les services hospitaliers assurés à Terre-Neuve-et-Labrador. Tous les services des hôpitaux cités en vertu de la *Loi canadienne sur la santé* sont des services assurés à Terre-Neuve-et-Labrador.

Des services hospitaliers assurés sont fournis à des malades externes ou hospitalisés par 15 hôpitaux, 23 centres de santé communautaire et 65 cliniques communautaires ainsi que de nombreuses cliniques communautaires et de santé partout dans la province. Comme l'indique le tableau statistique, la modification du nombre de cliniques reflète un changement dans la façon dont le Ministère classe les établissements de santé publique. Les services assurés comprennent : l'hébergement et les repas en salle commune; les services infirmiers; les services de laboratoire et de radiologie et les autres services de diagnostic; les produits pharmaceutiques, les substances biologiques et les préparations connexes; les fournitures médicales et chirurgicales, les salles d'opération, les salles d'accouchement et les installations d'anesthésie; les services de réadaptation (p. ex., physiothérapie, ergothérapie, orthophonie et audiologie); les consultations externes et d'urgence et les chirurgies d'un jour.

La politique de couverture des services hospitaliers assurés est associée à la politique de couverture des services médicaux assurés. Le Ministère gère l'ajout ou le retrait de services hospitaliers de la liste des services assurés selon les instructions du lieutenant-gouverneur en conseil. En 2016–2017, Terre-Neuve-et-Labrador a ajouté, à titre de services assurés, l'implantation transcathéter de valvule aortique (ITVA), ainsi que l'interprétation de la rétinographie, et élargi les critères d'admissibilité à la facturation pour la supervision des patients consommant de la méthadone en raison de leur dépendance aux opioïdes afin d'inclure la suboxone.

2.2 SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS

Au 31 mars 2017, la loi habilitante qui régissait les services médicaux assurés est la *Medical Care and Hospital Insurance Act* et les règlements connexes ci-dessous :

- › le *Medical Care Insurance Insured Services Regulations*;
- › le *Medical Care Insurance Beneficiaries and Inquiries Regulations*;
- › le *Physicians and Fee Regulations*.

En 2016–2017 (au 31 mars 2017), la province comptait 1 214 médecins actifs (salariés et rémunérés à l'acte) pratiquant dans la province.

Pour l'application de la Loi, les services suivants sont couverts :

- › tous les services fournis en bonne et due forme par des médecins à des bénéficiaires atteints d'une maladie qui exige un traitement ou un conseil médical;
- › les immunisations ou inoculations de groupe effectuées par des médecins à la demande d'une autorité compétente;
- › les services de laboratoire, de radiologie et autres services thérapeutiques ou diagnostiques fournis dans des établissements approuvés par une autorité compétente, et qui ne sont pas fournis en vertu de la *Medical Care and Hospital Insurance Act* et de son Règlement.

Les médecins peuvent décider de ne pas participer au Régime d'assurance-santé comme le prévoit l'article 8 de la *Medical Care and Hospital Insurance Act*, à savoir ce qui suit : – prière de noter qu'il s'agit d'une traduction libre :

- (3) Un médecin peut, par écrit, aviser le ministre de son choix de percevoir des paiements autrement que par le ministre, en retour de soins assurés qu'il dispense aux patients.
- (4) Un choix en vertu du paragraphe (3) entre en vigueur à partir du premier jour du premier mois qui débute après la fin des 60 jours suivant la réception, par le ministre, de l'avis de choix.
- (5) Un médecin qui a fait un choix en vertu du paragraphe (3) peut révoquer ce choix par un avis écrit au ministre.
- (6) Une révocation de choix en vertu du paragraphe (5) entre en vigueur à partir du premier jour du premier mois qui débute après la fin des 60 jours suivant la réception, par le ministre, de l'avis de révocation.
- (7) Nonobstant les paragraphes (4) et (6), le ministre peut annuler la période décrite dans ces paragraphes s'il juge que l'annulation est appropriée.

En date du 31 mars 2017, aucun médecin ne s'était retiré du Régime d'assurance-santé.

L'approbation du lieutenant-gouverneur en conseil est nécessaire pour qu'un service soit ajouté à la liste des services médicaux assurés ou qu'il en soit retranché. Ce processus est géré par le Ministère en consultation avec divers intervenants.

2.3 SERVICES DE CHIRURGIE DENTAIRE ASSURÉS

Le régime de chirurgie dentaire provincial est un élément du Régime d'assurance-santé. Les traitements de chirurgie dentaire fournis à un bénéficiaire par un chirurgien-dentiste ou un dentiste agréé dans un hôpital sont couverts par le Régime d'assurance-santé s'ils comptent parmi les types de traitements assurés du barème d'honoraires.

Au 31 mars 2017, 22 dentistes donnaient des services assurés aux termes du régime de chirurgie dentaire.

Les dentistes peuvent se retirer du Régime d'assurance-santé selon l'article 8 de la *Medical Care and Hospital Insurance Act* mentionné précédemment. Ces dentistes informer les patients de leur statut de dentiste ayant opté pour le retrait du Régime, leur indiquer les frais prévus et leur remettre un relevé des services fournis et des frais facturés. Au 31 mars 2017, aucun dentiste ne s'était retiré du régime. Aucune surfacturation connexe n'a été rapportée 2016-2017.

Comme le programme de chirurgie dentaire est un élément du Régime d'assurance-santé, la modification de la liste des services assurés s'effectue selon les mêmes modalités que pour le Régime d'assurance-santé.

Tout ajout d'un service de chirurgie dentaire à la liste des services assurés doit être approuvé par le ministre.

2.4 SERVICES HOSPITALIERS, MÉDICAUX ET DE CHIRURGIE DENTAIRE NON ASSURÉS

Les services hospitaliers qui ne sont pas couverts par le Régime d'assurance-santé sont les suivants : l'hébergement en chambre privée ou semi-privée à la demande du patient; la chirurgie esthétique et les autres services jugés non médicalement nécessaires; le transport, en ambulance ou autrement, d'un patient qui se rend à l'hôpital ou qui a obtenu son congé de l'hôpital; les soins infirmiers privés demandés par le patient; les radiographies non médicalement nécessaires ou autres services demandés pour des raisons associées à l'emploi ou à l'assurance; les médicaments (à l'exception des médicaments antirejet et de l'AZT) et les appareils prescrits pour usage après le congé de l'hôpital; les téléphones, les radios ou les téléviseurs destinés à un usage personnel et non à des fins éducatives; les attelles de fibre de verre; les services couverts par les lois sur l'indemnisation des accidentés du travail ou par toute autre loi fédérale ou provinciale et les services associés aux avortements thérapeutiques effectués dans des établissements non autorisés ou non approuvés par le College of Physicians and Surgeons of Newfoundland and Labrador.

S'il est déterminé qu'un service n'est pas couvert par le Régime d'assurance-santé, l'utilisation connexe d'installations hospitalières ne sera pas couverte par le Régime d'assurance-hospitalisation. Voici une liste des services médicaux non assurés dans le cadre de la *Medical Care and Hospital Insurance Act* :

- › les conseils que le médecin donne au téléphone à un bénéficiaire;
- › la distribution par un médecin de produits médicaux, de médicaments ou d'appareils médicaux, ainsi que la remise ou la rédaction d'une ordonnance médicale;
- › la préparation par un médecin de dossiers, de rapports ou de certificats pour un bénéficiaire, ou en son nom, ou toute communication avec un bénéficiaire ou concernant un bénéficiaire;
- › les services rendus par un médecin à son conjoint (ou conjointe) ou à ses enfants;
- › les services auxquels un patient a droit en vertu d'une loi du Parlement du Canada, de la province de Terre-Neuve-et-Labrador, d'une autre province ou d'un territoire du Canada ou d'un pays étranger;
- › le temps ou les dépenses associés à un déplacement effectué en vue de donner une consultation à un bénéficiaire;
- › les services ambulanciers et les autres formes de transport de patients;
- › l'acupuncture et tous les actes et services connexes, à l'exclusion de l'évaluation visant à établir le diagnostic de la maladie qui serait traitée par acupuncture;
- › les examens qui ne sont pas nécessaires sur le plan médical ou qui sont effectués à la demande d'un tiers, sauf s'ils sont précisés par le Ministère;

- › la chirurgie plastique ou toute autre chirurgie à visée purement esthétique, sauf en cas d'indication médicale;
- › le traitement au laser de la télangiectasie;
- › les témoignages en cour;
- › les consultations d'optométristes, d'omnipraticiens et d'ophtalmologistes visant uniquement à déterminer si des lunettes ou des verres de contact doivent être prescrits ou remplacés;
- › les honoraires des dentistes, des chirurgiens-dentistes ou des omnipraticiens pour les extractions dentaires courantes effectuées à l'hôpital;
- › les traitements au fluorure chez les enfants de moins de quatre ans;
- › l'excision de xanthélasmas;
- › la circoncision des nouveau-nés;
- › l'hypnothérapie;
- › l'examen médical des conducteurs;
- › les traitements de l'alcoolisme et des toxicomanies effectués à l'extérieur du Canada;
- › les consultations exigées par le règlement de l'hôpital;
- › les avortements thérapeutiques pratiqués dans la province dans un établissement non approuvé par le College of Physicians and Surgeons of Newfoundland and Labrador;
- › la chirurgie pour changement de sexe, en l'absence de recommandation du Clarke Institute of Psychiatry;
- › la fécondation *in vitro* et la stimulation ovarienne avec insémination;
- › la repérabilisation tubaire ou la vasovasostomie;
- › les actes chirurgicaux, thérapeutiques ou diagnostiques fournis depuis janvier 1998 dans des établissements autres que ceux figurant à la *Medical Care and Hospital Insurance Act* ou approuvés par l'autorité compétente en vertu de l'alinéa 3d) du *Medical Care Insurance Insured Services Regulations*;
- › les autres services non prévus à l'article 3 du *Medical Care Insurance Insured Services Regulations*.

La plupart des services de diagnostic (p. ex., les services de laboratoire et de radiographie) sont fournis dans les établissements publics de la province. La politique hospitalière sur l'accès assure qu'aucun accès prioritaire n'est accordé aux tiers.

Les fournitures ainsi que les services médicaux, le cas échéant, associés à un service assuré, sont fournis aux patients gratuitement et conformément aux normes nationales régissant la pratique. Les patients ont le droit d'avoir des fournitures ou des services améliorés moyennant un supplément. Les normes concernant les fournitures médicales sont élaborées par les hôpitaux qui assurent ces services, par voie de consultation avec les fournisseurs de services.

La *Medical Care and Hospital Insurance Act* prodigue au lieutenant-gouverneur en conseil de prendre des règlements déterminant quels services sont ou ne sont pas des services assurés pour l'application de la Loi. Cela comprendrait la consultation de la Newfoundland and Labrador Medical Association.

3.0 UNIVERSALITÉ

3.1 ADMISSIBILITÉ

Au 31 mars 2017, 530 144 personnes étaient inscrites au Régime d'assurance-santé. Les habitants de Terre-Neuve-et-Labrador sont admissibles à la couverture en vertu de la *Medical Care and Hospital Insurance Act*. Cette Loi définit un « habitant » comme une personne qui est légalement autorisée à vivre ou à rester au Canada et qui réside dans la province, ou qui y vit habituellement, à l'exception d'une personne faisant du tourisme, étant de passage ou en visite dans la province.

Le *Medical Care Insurance Beneficiaries and Inquiries Regulations* désigne les habitants admissibles à la couverture des régimes. Des règles établies dans le cadre du Régime d'assurance-santé garantissent l'application juste et uniforme du Règlement lors du traitement des demandes de couverture. Le Régime d'assurance-santé applique la norme suivante : les personnes qui déménagent d'une autre province à Terre-Neuve-et-Labrador deviennent admissibles le premier jour du troisième mois suivant le mois de leur arrivée. Tout habitant de la province doit s'inscrire au Régime d'assurance-santé.

Les personnes suivantes ne sont pas admissibles à la couverture des régimes : les étudiants et les personnes à leur charge qui sont couverts par le régime d'une autre province ou d'un territoire; les personnes à charge d'un habitant de la province, si elles sont couvertes par le régime d'une autre province ou d'un territoire; les demandeurs du statut de réfugié et les personnes à leur charge; les travailleurs étrangers détenant des autorisations d'emploi ainsi que les personnes à leur charge; les travailleurs saisonniers étrangers, les personnes qui font du tourisme, sont de passage ou en visite dans la province ainsi que les personnes à leur charge; les membres des Forces canadiennes; les détenus sous responsabilité fédérale et les membres des forces armées d'autres pays stationnés dans la province. Si le statut de ces personnes change, elles doivent satisfaire aux critères indiqués ci-dessus pour devenir admissibles. Les demandeurs souhaitant en appeler d'une décision concernant l'admissibilité peuvent demander au ministre un examen formel du dossier.

3.2 AUTRES CATÉGORIES DE PERSONNES

Les travailleurs, les étudiants et les ecclésiastiques étrangers, ainsi que les personnes à charge des membres de l'Organisation du Traité de l'Atlantique Nord (OTAN), sont admissibles à la couverture de l'assurance-santé. Les détenteurs d'un permis ministériel le sont également, sous réserve de l'approbation du Régime d'assurance-santé. Les citoyens canadiens de retour au pays et les personnes à leur charge nées à l'étranger, les résidents permanents de retour qui détiennent des documents valides, les détenteurs de permis ministériels, les réfugiés au sens de la Convention, les réfugiés réinstallés ou les « personnes à protéger » détenant des documents d'immigration valides, sont également admissibles, sous réserve de l'approbation du Régime d'assurance-santé. Les personnes à charge d'un bénéficiaire du Régime d'assurance-santé peuvent également être admissibles à une protection.

4.0 TRANSFÉRABILITÉ

4.1 PÉRIODE D'ATTENTE MINIMALE

Les assurés d'une autre province ou d'un territoire qui déménagent à Terre-Neuve-et-Labrador sont admissibles à compter du premier jour du troisième mois suivant le mois de leur arrivée.

Les personnes venues de l'étranger qui établissent leur résidence dans la province sont admissibles le jour même de leur arrivée. Les mêmes règles s'appliquent aux membres des Forces canadiennes au moment de la cessation d'emploi et aux personnes libérées de pénitenciers fédéraux. Pour que la couverture entre en vigueur, ces personnes doivent s'inscrire au Régime d'assurance-santé. Les personnes venues de l'étranger autorisées à travailler dans la province pour un an ou plus, et leurs personnes à charge admissibles, sont immédiatement couvertes, de même que les étudiants de niveau postsecondaire de l'étranger fréquentant un établissement d'enseignement reconnu de Terre-Neuve-et-Labrador qui possèdent un permis d'études valide les autorisant à demeurer au Canada pour une période de plus de 365 jours pour eux et leurs personnes à charge admissibles.

4.2 COUVERTURE DURANT DES ABSENCES TEMPORAIRES AU CANADA

La province de Terre-Neuve-et-Labrador est partie à l'Accord interprovincial sur l'admissibilité et la transférabilité concernant les questions ayant trait à la transférabilité des services assurés au Canada.

Les articles 12 et 13 du *Hospital Insurance Regulations* désignent la transférabilité de la couverture des soins hospitaliers au cours d'absences temporaires au Canada et à l'étranger. Les politiques d'admissibilité aux services hospitaliers assurés et d'admissibilité aux services médicaux assurés sont liées.

Les habitants de la province sont couverts pendant une absence temporaire au Canada. Le gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador a conclu, avec les autres provinces et les territoires, des ententes officielles de facturation des services hospitaliers assurés (p. ex., l'entente de facturation réciproque des soins hospitaliers). Les coûts de ces services sont remboursés aux tarifs normalisés approuvés par la province ou le territoire où les services ont été rendus. Les interventions coûteuses pour le traitement de malades hospitalisés et les services aux malades externes sont remboursées aux tarifs nationaux convenus entre les régimes d'assurance-santé des provinces et des territoires par l'entremise du Comité de coordination des ententes interprovinciales en assurance-santé (CCEIAS).

Les services médicaux reçus dans une autre province (à l'exception du Québec) ou dans un territoire sont payés aux termes de l'entente de facturation réciproque des soins médicaux, aux tarifs de la province ou du territoire où le service a été rendu. Les réclamations concernant les services médicaux reçus au Québec sont présentées par le patient au Régime d'assurance-santé, et le paiement est effectué aux tarifs en vigueur dans cette province.

Pour être admissible à la couverture à l'extérieur de la province, le bénéficiaire doit satisfaire aux exigences de la Loi et respecter les règles du Régime d'assurance-santé relatives à la résidence à Terre-Neuve-et-Labrador. Pour être assuré, un habitant doit résider dans la province pour une période d'au moins quatre mois consécutifs pour chaque période de 12 mois. En général, les règles qui s'appliquent à la couverture des soins médicaux et hospitaliers sont les suivantes.

- › Avant de quitter la province pour une longue période (plus de 30 jours), la personne devrait communiquer avec le Régime d'assurance-santé pour obtenir un certificat de couverture à l'extérieur de la province (un certificat).
- › L'assuré qui réside dans la province pour plus de 12 mois
 - › qui part en vacances à l'extérieur de la province peut recevoir un certificat initial de couverture à l'extérieur de la province valide pour 12 mois, au plus. À son retour, il devra résider dans la province pendant une période d'au moins quatre mois consécutifs. La période de couverture des certificats suivants se limitera à huit mois.
 - › qui est étudiant à Terre-Neuve-et-Labrador et qui quitte la province peut recevoir un certificat, renouvelable chaque année, à condition de fournir une preuve d'inscription à plein temps dans un établissement d'enseignement agréé situé à l'extérieur de la province.
 - › qui quitte la province pour occuper un emploi à l'extérieur de la province peut recevoir un certificat de couverture d'au plus 12 mois. Une vérification relative à l'emploi peut être exigée.
- › La personne qui établit sa résidence dans une autre province, un territoire ou un autre pays ne doit pas rester inscrite au Régime d'assurance-santé.
- › Le certificat de couverture à l'extérieur de la province n'est pas exigé pour les voyages de 30 jours ou moins, mais peut être délivré sur demande.
- › Pour les voyages de plus de 30 jours à l'extérieur de la province, un certificat est recommandé comme preuve que la personne peut payer les services qu'elle reçoit pendant son séjour à l'extérieur de la province.

La personne qui omet de demander un certificat de couverture à l'extérieur de la province ou qui ne respecte pas les règles relatives à la résidence peut devoir payer le coût des services médicaux ou hospitaliers reçus à l'extérieur de la province.

L'assuré qui déménage de façon permanente ailleurs au Canada est couvert jusqu'au dernier jour, inclusivement, du deuxième mois suivant le mois de son départ.

4.3 COUVERTURE DURANT DES ABSENCES TEMPORAIRES À L'EXTÉRIEUR DU CANADA

La province offre une couverture à ses habitants pendant leurs absences temporaires à l'étranger. Les services hospitaliers assurés fournis à l'étranger à des malades hospitalisés ou externes sont couverts en cas d'urgence, de maladies subites et d'interventions non urgentes, à des tarifs établis cités ci-après. Les services hospitaliers à des malades hospitalisés ou externes fournis à l'étranger peuvent être couverts par le Régime s'ils ont été fournis dans un établissement agréé (autorisé ou approuvé par l'autorité compétente de l'État ou du pays). Le montant maximal payable par l'assurance-hospitalisation gouvernementale pour des services hospitaliers assurés fournis à l'étranger à des malades hospitalisés est de 350 \$ par jour, dans le cas d'un hôpital communautaire ou régional, et de 465 \$ par jour, dans le cas d'un hôpital de soins tertiaires (établissement hautement spécialisé). Le tarif approuvé pour les services à des malades externes est de 62 \$ par visite, et de 330 \$ par séance d'hémodialyse. Les tarifs approuvés sont en devise canadienne.

Les services médicaux sont couverts en cas d'urgence ou de maladie subite, ou si les traitements non urgents ne sont pas offerts dans la province ou ailleurs au Canada. Les services d'urgence sont payés au tarif en vigueur à Terre-Neuve-et-Labrador pour les mêmes services. Si le service n'est pas disponible à Terre-Neuve-et-Labrador, le tarif payé est celui de l'Ontario ou de la province où il est disponible.

La couverture cesse immédiatement dans le cas d'un déménagement permanent à l'étranger.

4.4 NÉCESSITÉ D'UNE APPROBATION PRÉALABLE

L'approbation préalable n'est pas exigée pour les services assurés médicalement nécessaires donnés par des hôpitaux autorisés ou par des médecins habilités dans les autres provinces ou les territoires. Toutefois, les médecins peuvent obtenir des conseils à l'égard des services assurés aux termes du Régime d'assurance-santé, afin que les patients soient informés des répercussions financières possibles.

Si un habitant de la province doit aller à l'étranger pour recevoir des soins hospitaliers spécialisés parce que le service assuré n'est pas offert au Canada, il doit obtenir une autorisation préalable pour recevoir un financement au tarif du pays hôte. Les médecins traitants doivent communiquer avec le Ministère pour obtenir une approbation préalable. Si l'approbation préalable est obtenue, le Régime provincial d'assurance-santé paiera le coût des services assurés nécessaires aux soins du patient. L'approbation préalable n'est pas accordée dans le cas de traitements à l'extérieur du pays ou non urgents si les services sont offerts dans la province ou ailleurs au Canada. Si une personne choisit de recevoir des services à l'extérieur du Canada, ces services seront payés en fonction des tarifs provinciaux en vigueur, s'ils sont offerts à Terre-Neuve-et-Labrador. Si les services ne sont pas offerts à Terre-Neuve-et-Labrador, ils sont en général payés en fonction des tarifs en vigueur en Ontario ou des tarifs applicables dans la province où ils sont offerts. Les demandeurs souhaitant en appeler de la protection hors-province peuvent demander au ministre un examen officiel du dossier.

5.0 ACCESSIBILITÉ

5.1 ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ ASSURÉS

À Terre-Neuve-et-Labrador, l'accès aux services de santé assurés est accordé selon des modalités uniformes. Il n'existe aucuns frais de coassurance pour les services hospitaliers assurés, ni aucune surfacturation par les médecins dans la province.

L'article 7 de la *Medical Care and Hospital Insurance Act* stipule qu'un médecin offrant des services assurés, que celui-ci ait fait ou non un choix conformément à l'article 8 qui est en vigueur, ne doit ni facturer de frais au bénéficiaire pour des services assurés dépassant le montant payable en vertu de la loi et des règlements. Un médecin ou une autre personne qui contrevient à cela commet un délit et est donc passible, sur déclaration de culpabilité, d'une amende ne dépassant pas 20 000 \$ pour chaque infraction.

Les plaintes des résidents au sujet des frais imposés pour des services de santé assurés sont gérées par le Ministère. Selon les circonstances, les Services de santé peuvent faire enquête ou soumettre la question au College of Physicians and Surgeons of Newfoundland and Labrador.

Le Ministère collabore étroitement avec les établissements d'enseignement postsecondaires au sein de la province afin de conserver un nombre adéquat de professionnels de la santé. La province collabore également avec des organismes externes relativement aux professionnels qui n'ont pas été formés dans la province. Des incitatifs de recrutement ciblé sont en place dans le but d'attirer les professionnels de la santé. Plusieurs programmes, comme des primes à la signature, des bourses, des possibilités de mise à niveau et d'autres incitatifs visant un large éventail de professions de la santé ont été établis.

En ce qui concerne les temps d'attente pour accéder aux services de santé assurés, la province est à la tête d'un certain nombre d'initiatives, notamment la Strategy to Reduce Hip and Knee Joint Replacement Surgery Wait Times (stratégie de réduction des temps d'attente pour une arthroplastie de la hanche ou du genou, la Provincial Emergency Department Wait Time Strategy and Provincial Endoscopy Wait Time Strategy (stratégie provinciale sur les temps d'attente dans les services d'urgence) et la Provincial Endoscopy Wait Time Strategy (stratégie provinciale sur les temps d'attente liés à l'endoscopie).

Strategy to Reduce Hip and Knee Joint Replacement Surgery Wait Times

(Traduction libre : stratégie de réduction des temps d'attente pour une arthroplastie de la hanche ou du genou)

Le gouvernement a diffusé une stratégie quinquennale visant à réduire les temps d'attente pour une arthroplastie de la hanche ou du genou en 2012. Au cours des années suivantes, la province de Terre-Neuve-et-Labrador est devenue un leader national ayant les temps d'attente les plus courts au pays pour une arthroplastie de la hanche ou du genou. Cependant, au cours de la dernière année, conformément aux tendances nationales, les temps d'attente pour une arthroplastie de la hanche ou du genou sont repartis à la hausse, notamment à Eastern Health, où la demande est la plus grande et où elle continue de croître. Malgré cela, au cours des deux premiers trimestres de l'exercice 2016–2017 (du 1^{er} avril au 30 septembre), les rapports sur les temps d'attente montrent que, en moyenne, 89 % des résidents de Terre-Neuve-et-Labrador ont eu rapidement accès aux techniques assujetties à un délai dans le délai recommandé, ce qui est légèrement sous la moyenne nationale de 90 %. Au moment où le travail de cette stratégie se termine, plus de 1 600 arthroplasties de la hanche ou du genou sont effectuées ici chaque année, ce qui représente une hausse de 59 % depuis l'année précédant la diffusion de la stratégie en 2010–2011. Plus précisément, les arthroplasties de la hanche et du genou effectuées à Terre-Neuve-et-Labrador ont augmenté de 76 % et de 52 % respectivement.

Provincial Emergency Department Wait Time Strategy

(Traduction libre : stratégie provinciale sur les temps d'attente dans les services d'urgence)

Cette année, des activités d'améliorations rapides ont été réalisées dans les deux derniers services d'urgence de catégorie A sur les 13 que compte la province. Au cours de ces activités, la région Labrador-Grenfell Health est devenue la première région de la province à mettre en œuvre un système d'horodateur et de numérotation appelé « Take a Number » afin de suivre avec exactitude la séquence et l'heure à laquelle chaque patient se présente aux services d'urgence. Ce système facilite la consignation de l'heure d'arrivée exacte du patient afin que le personnel puisse surveiller les temps d'attente entre l'heure d'arrivée du patient aux services d'urgence jusqu'au moment où il subit une première évaluation dans la nouvelle aire d'inscription et de tri par le personnel infirmier. De nombreux services d'urgence au pays ont eu des difficultés à trouver une façon de mesurer ce premier segment de temps que le patient passe aux services d'urgence, puisque les patients devraient être triés très peu de temps après leur

arrivée aux services d'urgence et non attendre dans une longue file avec d'autres patients. Voici certaines améliorations marquantes apportées, au cours des trois dernières années, concernant les temps d'attente dans les services d'urgence :

- › l'équipe des services d'urgence en soins tertiaires ayant le volume le plus élevé a réduit de 16 % dans l'ensemble le temps moyen nécessaire à l'évaluation médicale initiale. De plus, au cours des heures pendant lesquelles les équipes d'évaluation rapide travaillent, le temps précédant l'évaluation médicale initiale a baissé de 37 %, soit une diminution de 40 minutes (de 107 à 77 minutes);
- › une des équipes rurales des services d'urgence a réduit de 59 % le temps moyen nécessaire à l'évaluation médicale initiale : de 94 minutes en 2013–2014 à 39 minutes en 2016–2017. De plus, en raison de cette réduction dans les temps d'attente, le pourcentage de patients qui n'ont pas été examinés est passé de 11,5 à 5,5 %, soit une augmentation de 1 450 patients qui sont demeurés et ont vu un médecin ou un membre du personnel infirmier praticien dans ce service d'urgence. Il est d'autant plus important de souligner que cette équipe a été capable de maintenir ces améliorations malgré une hausse de 23 % des visites dans ce service d'urgence;
- › une autre équipe des services d'urgence en milieu rural a réduit de 11 % la moyenne du temps précédant l'évaluation médicale initiale, et le nombre de patients qui ont quitté sans être examinés a été réduit à 4,1 %, soit 570 patients de plus qui sont demeurés ou ont été vu par le médecin ou un membre du personnel infirmier praticien dans ce service d'urgence.

Ces travaux démontrent les progrès accomplis vers l'objectif de la stratégie, soit l'amélioration de la collecte, de la reddition de compte et de l'utilisation des données sur les temps d'attente dans les services d'urgence.

Provincial Endoscopy Wait Time Strategy

(Traduction libre : stratégie provinciale sur les temps d'attente liés à l'endoscopie)

Grâce aux mesures de la Stratégie provinciale sur les temps d'attente liés à l'endoscopie, un système automatisé de rappels des rendez-vous a été mis en œuvre pour les services d'endoscopie dans toute la province. Au cours de la phase initiale, les rappels de rendez-vous effectués par téléphone ont été amorcés et des projets sont en cours pour procéder à des rappels de rendez-vous au moyen de messages textes et de courriels au début de l'exercice 2017–2018. De plus, le Ministère continue son travail avec Eastern Health, en partenariat avec l'Association canadienne de gastroentérologie (ACG), pour continuer d'offrir le programme Skills Enhancement in Endoscopy (SEE) dans la province. Grâce à ce travail, Eastern Health est maintenant le site de formation désigné pour le programme SEE à Terre-Neuve-et-Labrador puisque les membres de la faculté de médecine ont obtenu de l'ACG le titre de maître-formateur pour le programme de SEE. Depuis 2014, quelque 40 médecins ont suivi l'un des 14 cours offerts dans le cadre du programme SEE. La mise en œuvre par Eastern Health d'un projet pilote lié au système d'inventaire Pyxis pour le matériel et les fournitures d'endoscopie s'est avérée un succès puisque le coût du système Pyxis a été neutre grâce à des économies d'au moins 90 000 \$ dans les 12 premiers mois suivant l'installation. Les avantages de ce système sont les suivants : les quantités minimales et maximales pour l'inventaire de fournitures d'endoscopie ont été respectées, éliminant ainsi la constitution de réserves, le gaspillage, les commandes excessives et l'arrivée à échéance des fournitures; le réapprovisionnement automatique par voie électronique des fournitures a été mis en œuvre, réduisant ainsi la charge de travail lié aux commandes et au réapprovisionnement et libérant le

personnel infirmier pour qu'il prodigue des soins directs aux patients et qu'il effectue d'autres tâches liées aux soins infirmiers; une solution pour l'entreposage et la sécurité a été mise en œuvre puisque les armoires de fournitures Pyxis sont compactes et sécuritaires et il faut des données biométriques pour y accéder. Le système Pyxis génère aussi des rapports d'achat pour fournir l'information exacte sur les volumes d'utilisation pour les analyses budgétaires et les analyses de l'établissement des prix.

5.2 RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS

Au 31 mars 2017, la loi régissant les honoraires versés aux médecins et aux dentistes au titre des services assurés était la *Medical Care and Hospital Insurance Act*. Les ententes sur la rémunération sont négociées entre le gouvernement de la province et la Newfoundland and Labrador Medical Association (NLMA) au nom de tous les médecins et la Newfoundland and Labrador Dental Association au nom des dentistes. Les représentants des régies régionales de la santé (RRS) jouent un rôle important dans le processus. Une entente de principe protocole a été établie avec la NLMA en décembre 2010, qui a fait augmenter la rémunération globale des médecins d'environ 26 %. L'entente a expiré le 30 septembre 2013, mais reste en vigueur jusqu'à la signature d'une nouvelle entente. Le protocole d'entente actuel pour le Programme de chirurgie dentaire prendra fin le 31 mars 2018. Les médecins sont payés à l'acte, perçoivent un salaire ou sont rémunérés selon d'autres modes de paiement, et l'intérêt augmente pour cette dernière méthode de rémunération des médecins.

La *Medical Care and Hospital Insurance Act* autorise le ministre à nommer des vérificateurs chargés de vérifier les comptes et les demandes de paiement que soumettent les médecins et les dentistes. La Loi détermine les pouvoirs et les tâches des vérificateurs, établit les recours disponibles et présente en détail les processus à respecter. La Loi présente aussi en détail les processus d'examen et d'appel disponibles pour les praticiens. Des fournisseurs individuels sont choisis au hasard, toutes les deux semaines, pour faire l'objet d'une vérification.

5.3 PAIEMENTS AUX HÔPITAUX

Le Ministère est responsable du financement des régies régionales de la santé (RRS) au titre des activités permanentes et de l'acquisition d'immobilisations. Le financement des services assurés est accordé aux RRS à titre de budget global annuel. Les paiements sont versés conformément à la *Medical Care and Hospital Insurance Act* et à la *Regional Health Authorities Act*. Dans le cadre de leurs obligations redditionnelles à l'égard du gouvernement, les RRS doivent satisfaire aux exigences de présentation de rapports annuels du Ministère, comme les états financiers vérifiés et d'autres renseignements financiers et statistiques. Le processus d'établissement du budget global accordé à tous les conseils désignés le pouvoir, la responsabilité et l'obligation de rendre compte de l'enveloppe budgétaire dans le cadre de l'exécution de leurs mandats.

Au cours de l'exercice, les RRS ont présenté au Ministère des demandes de financement supplémentaire à la suite de changements dans les programmes ou de l'augmentation de la charge de travail. Ces demandes ont été examinées, et pour celles qui ont été approuvées par le Ministère, le financement a été accordé à la fin de l'exercice. Pour toutes les corrections apportées au niveau de financement annuel, notamment en raison de l'ajout de postes ou de changements dans les programmes approuvés, le financement commence à la date d'entrée en vigueur de l'augmentation et est fonction des besoins de trésorerie.

6.0 RECONNAISSANCE ACCORDÉE AUX TRANSFERTS FÉDÉRAUX

Le financement accordé par le gouvernement fédéral au titre du Transfert canadien en matière de santé et du Transfert canadien en matière de programmes sociaux a été reconnu et mentionné par le gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador dans le budget provincial annuel, dans des communiqués de presse, sur ses sites Web et dans divers autres documents. Pour l'exercice 2016–2017, ces documents sont les suivants : les comptes publics de 2016–2017 et le budget des dépenses de 2016–2017. Les comptes publics et le budget, que le gouvernement a présentés à la Chambre d'assemblée, sont accessibles au public et sont communiqués à Santé Canada à titre d'information.

PERSONNES INSCRITES

Année	2012–2013	2013–2014	2014–2015	2015–2016	2016–2017
1. Nombre en date du 31 mars (#)	530 521	532 177	533 156	532 415	530 144

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE

ÉTABLISSEMENTS PUBLICS

Année	2012–2013	2013–2014	2014–2015	2015–2016	2016–2017
2. Nombre (#)	51	51	51	51	103 ¹
3. Paiements pour des services de santé assurés (\$)	1 097 535 388	1 100 291 277	1 131 546 830	1 164 174 814	1 187 786 538

ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS À BUT LUCRATIF

Année	2012–2013	2013–2014	2014–2015	2015–2016	2016–2017
4. Nombre d'établissements privés à but lucratif offrant des services de santé assurés (#)	1	1	1	1	1
5. Paiements aux établissements privés à but lucratif pour des services de santé assurés (\$)	845 280	916 696	914 135	899 538	899 418

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS AUX RÉSIDENTS DANS UNE AUTRE PROVINCE OU UN AUTRE TERRITOIRE

Année	2012–2013	2013–2014	2014–2015	2015–2016	2016–2017
6. Nombre total de demandes patients hospitalisés (#)	1 844	1 574	1 773	1 607	1 549
7. Total des paiements patients hospitalisés (\$)	19 988 002	20 969 617	22 423 411	21 928 705	25 223 361
8. Nombre total de demandes patients externes (#)	27 681	22 429	26 671	23 105	21 915
9. Total des paiements patients externes (\$)	8 827 387	8 109 628	9 147 633	8 428 054	8 279 887

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA

Année	2012–2013	2013–2014	2014–2015	2015–2016	2016–2017
10. Nombre total de demandes patients hospitalisés (#)	108	127	141	150	113
11. Total des paiements patients hospitalisés (\$)	139 270	451 834	207 198	620 866	138 546
12. Nombre total de demandes patients externes (#)	410	445	570	561	401
13. Total des paiements patients externes (\$)	96 116	105 448	71 574	62 285	72 135

¹ Classification des établissements publics modifiée en 2016–2017.

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE

Année	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017
14. Nombre de médecins participants (#) ²	1 155	1 183	1 199	1 212	1 214
15. Nombre de médecins ayant opté pour le retrait du régime d'assurance-santé (#)	0	0	0	0	0
16. Nombre de médecins non participants (#)	0	0	0	0	0
17. Total des paiements des services médicaux rémunérés pour l'ensemble des méthodes de paiement (\$)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
18. Total des paiements des services médicaux rémunérés à l'acte (\$)	236 529 000	251 281 302	294 572 803	299 597 724	309 039 732

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS AUX RÉSIDENTS DANS UNE AUTRE PROVINCE OU UN AUTRE TERRITOIRE³

Année	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017
19. Nombre de services (#)	114 000	114 000	106 000	114 000	123 000
20. Total des paiements (\$)	6 762 000	6 954 000	6 836 000	6 910 000	9 124 000

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA

Année	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017
21. Nombre de services (#)	3 400	3 300	3 600	3 200	2 800
22. Total des paiements (\$)	231 000	266 000	223 000	236 000	299 000

SERVICES DE CHIRURGIE DENTAIRE ASSURÉS FOURNIS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE

Année	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017
23. Nombre de dentistes participants (#)	25	26	19	19	22
24. Nombre de dentistes ayant opté pour le retrait du régime d'assurance-santé (#) ^a					non disponible
25. Nombre de dentistes non participants (#) ^a					non disponible
26. Nombre de services fournis (#)	2 880	1 585	1 709	3 397	4 843
27. Total des paiements (\$)	455 780	203 610	279 350	592 660	885 610

^a Santé Canada a demandé cette donnée à partir du rapport de 2016-2017, mais n'a pas demandé aux provinces ni aux territoires de la rapporter pour les années précédentes.

² Excluant les médecins inactifs. Nombre de médecins salariés et rémunérés à l'acte.

³ Nombres arrondis au mille le plus près.

ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD

À l'Île-du-Prince-Édouard (Î.-P.-É.), le ministère de la Santé et du Mieux-être est responsable des politiques, des stratégies et des aspects financiers du système de santé.

La *Health Services Act* prescrit les cadres réglementaires et administratifs qui permettront d'apporter des améliorations au système de santé de l'Î.-P.-É. grâce aux mesures suivantes :

- › accorder un mandat pour la mise en place d'un régime de santé provincial;
- › établir des mécanismes visant à renforcer la sécurité des patients et à appuyer la mise en œuvre des processus d'amélioration de la qualité des services;
- › créer une société d'État (Santé Î.-P.-É.) pour surveiller la prestation de services de santé fonctionnels.

Dans le cadre de cette structure de gouvernance, Santé Î.-P.-É. a les responsabilités suivantes :

- › fournir des services de santé ou veiller à la prestation de ces services;
- › exploiter et gérer les établissements de santé;
- › gérer les ressources financières, humaines et autres nécessaires à la prestation des services de santé et à l'exploitation des établissements de santé;
- › accomplir toute autre tâche que le Ministère peut prescrire.

1.0 GESTION PUBLIQUE

1.1 RÉGIME D'ASSURANCE-SANTÉ ET AUTORITÉ PUBLIQUE

Le régime d'assurance-hospitalisation, placé sous l'autorité du ministre de la Santé et du Mieux-être, est le mécanisme de couverture des services hospitaliers à l'Î.-P.-É. La loi habilitante à cet égard est la *Hospital and Diagnostic Services Insurance Act* (1988). Le régime d'assurance-santé fournit des services médicaux assurés en vertu de la *Health Services Payment Act* (1988). Les régimes assurent ensemble les services définis à l'article 2 de la *Loi canadienne sur la santé*. Le ministère de la Santé et du Mieux-être est responsable des politiques, des stratégies et des aspects financiers du système de santé, tandis que Santé Î.-P.-É. est responsable de la prestation des services et de l'exploitation des hôpitaux, des centres de santé, des résidences et des établissements de santé mentale. Santé Î.-P.-É. est responsable de l'embauche des médecins, alors que la Commission de la fonction publique de l'Île-du-Prince-Édouard embauche des infirmières et des infirmiers praticiens, des infirmières et des infirmiers ainsi que d'autres travailleurs de la santé.

1.2 LIENS HIÉRARCHIQUES

Le Ministère présente un rapport annuel au ministre responsable, qui le dépose à l'Assemblée législative. Le rapport fournit de l'information au sujet des principes directeurs et des responsabilités législatives du Ministère, donne une vue d'ensemble et une description des activités des divisions du Ministère et présente les principales statistiques de l'année.

Santé Î.-P.-É. prépare un plan d'activités annuel qui tient lieu d'entente officielle entre Santé Î.-P.-É. et le ministre responsable, et documente les réalisations qui se concrétiseront au cours du prochain exercice.

1.3 VÉRIFICATION DES COMPTES

Le vérificateur général de la province vérifie annuellement les comptes publics de l'Î.-P.-É., lesquels comprennent des données sur les activités financières, les recettes et les dépenses du ministère de la Santé et du Mieux-être.

En vertu de l'*Audit Act*, le vérificateur général de la province a la discrétion d'effectuer des vérifications supplémentaires de portée générale ou axées sur des programmes en particulier.

2.0 INTÉGRALITÉ

2.1 SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS

Les services hospitaliers assurés sont fournis en vertu de la *Hospital and Diagnostic Services Insurance Act* (1988). Le règlement d'application de cette loi définit les services hospitaliers assurés fournis sans frais aux malades hospitalisés et aux malades externes admissibles. Les services hospitaliers assurés, mais qui ne sont pas limités, sont : les services de soins infirmiers nécessaires; les services de laboratoire et de radiologie et d'autres services de diagnostic; l'hébergement et les repas au tarif de salle commune; les médicaments inscrits au formulaire, les produits biologiques et les préparations connexes prescrits par un médecin traitant et administrés à l'hôpital; l'utilisation des salles d'opération, des salles d'accouchement et des installations d'anesthésie; les fournitures chirurgicales courantes; et les services de radiothérapie et de physiothérapie fournis à l'hôpital.

Le processus d'ajout d'un nouveau service hospitalier à la liste des services assurés nécessite d'abondantes consultations et négociations entre le Ministère, Santé Î.-P.-É. et les principaux intervenants. Le processus vise l'élaboration d'un plan d'activités qui, une fois approuvé par le ministre, est présenté au Conseil du Trésor pour l'approbation du financement. Le Conseil exécutif (Cabinet) a le pouvoir final de décision concernant l'ajout de nouveaux services.

2.2 SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS

La loi habilitante qui prévoit la prestation de services médicaux assurés est la *Health Services Payment Act*.

Les services médicaux assurés sont fournis par des médecins autorisés à exercer par le Collège des médecins et chirurgiens. En date du 31 mars 2017, 367 praticiens avaient facturé le régime d'assurance des soins médicaux, ce qui comprend tous les médecins – suppléants, spécialistes itinérants et les médecins faisant et ne faisant pas partie de l'effectif. En vertu de l'article 10 de la *Health Services Payment Act*, un médecin ou un praticien qui ne participe pas au régime d'assurance des soins médicaux ne peut facturer le régime pour les services fournis. Lorsqu'un médecin non participant fournit un service médicalement nécessaire, le paragraphe 10(2) exige qu'il informe ses patients qu'il ne participe pas au régime d'assurance et qu'il leur donne suffisamment d'information pour qu'ils puissent être remboursés par le ministre de la Santé et du Mieux-être. En vertu de l'article 10.1 de la *Health Services Payment Act*, un médecin ou un praticien participant peut choisir, sous réserve et en application du *Règlement*, à l'égard d'un patient ou d'un service de santé de base donné, de percevoir des honoraires en dehors du régime ou de se retirer de façon sélective du régime. Il doit alors informer les patients, avant de

fournir le service, qu'ils seront facturés directement pour ce service. Lorsque des médecins font un tel choix, ils doivent en informer le ministre, et la totalité des honoraires à l'égard du service fourni est à la charge du patient.

En date du 31 mars 2017, aucun médecin n'avait choisi de se retirer du régime d'assurance des soins médicaux.

Tout service de santé de base médicalement nécessaire fourni par un médecin est couvert par le régime d'assurance des soins médicaux. Les services assurés sont : la plupart des services médicaux fournis en cabinet, à l'hôpital ou au domicile du patient; les services chirurgicaux médicalement nécessaires, dont les services d'anesthésistes et d'assistants en chirurgie en cas de besoin; les services obstétricaux, dont les soins prénatals et postnatals, les soins aux nouveau-nés et les soins liés à des complications de grossesse telles qu'une fausse couche ou une césarienne; certaines interventions de chirurgie buccale médicalement nécessaires pratiquées par un chirurgien buccal et maxillo-facial, sous réserve d'une approbation préalable pour que la chirurgie se fasse à l'hôpital; les procédés de stérilisation, pour les femmes et pour les hommes; le traitement des fractures et des dislocations et certains services de spécialistes assurés, lorsque le patient a été aiguillé correctement par un médecin traitant.

L'ajout d'un service médical à la liste des services assurés nécessite des négociations entre le Ministère, Santé Î.-P.-É. et la Medical Society. Le processus vise l'élaboration d'un plan d'activités qui, une fois approuvé par le ministre, est présenté au Conseil du Trésor pour l'approbation du financement. Les services médicaux assurés peuvent également être ajoutés ou supprimés dans le cadre des négociations d'une nouvelle entente-cadre avec les médecins (article 5.2). Le Cabinet a le pouvoir final de décision en matière d'ajout de nouveaux services.

2.3 SERVICES DE CHIRURGIE DENTAIRE ASSURÉS

Les services dentaires ne sont pas couverts en vertu du régime d'assurance des soins médicaux. Seuls les chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux sont rémunérés par le régime. À l'heure actuelle, il y a deux chirurgiens dans cette catégorie. Les interventions de chirurgie dentaire comprises comme services de santé de base dans le barème des honoraires sont couvertes uniquement lorsque l'état médical du patient nécessite une intervention à l'hôpital ou en cabinet, sous réserve d'une approbation préalable, sur la confirmation du médecin traitant.

Tout nouveau service de chirurgie dentaire ajouté à la liste de services assurés par le régime d'assurance-santé de l'Î.-P.-É. est offert dans le cadre des négociations de l'entente sur les soins dentaires conclue entre l'Association dentaire de l'Î.-P.-É., Santé Î.-P.-É. et le gouvernement de l'Î.-P.-É. En 2016–2017, aucun nouveau service n'a été ajouté à l'entente sur les soins dentaires.

2.4 SERVICES HOSPITALIERS, MÉDICAUX ET DE CHIRURGIE DENTAIRE NON ASSURÉS

Les services non couverts par le régime d'assurance-hospitalisation comprennent :

- › les services auxquels les patients sont admissibles en vertu d'autres lois provinciales ou fédérales;
- › les frais de kilométrage ou de déplacement, à moins qu'ils ne soient approuvés par Santé Î.-P.-É.;

- › les consultations téléphoniques, sauf celles données par un interniste, un médecin en soins palliatifs, un pédiatre, un spécialiste étant à l'extérieur de la province ou un chirurgien orthopédiste, à condition que le patient n'ait pas été vu par ce médecin dans les trois jours suivant la consultation téléphonique;
- › les examens requis pour le travail, les assurances, les études, etc.;
- › les examens, les vaccinations ou les inoculations de groupe, à moins qu'ils n'aient été autorisés au préalable par Santé Î.-P.-É.;
- › la préparation de dossiers, de rapports, de certificats ou de communications, à l'exception des certificats d'internement dans un établissement de soins psychiatriques ou de traitement pour alcooliques ou toxicomanes;
- › les témoignages en cour;
- › les cliniques santé-voyage et les dépenses;
- › les chirurgies à caractère esthétique, à moins qu'elles ne soient médicalement nécessaires;
- › les services dentaires autres que les actes compris dans les services de santé de base;
- › les pansements, les médicaments, les vaccins, les produits biologiques et le matériel connexe;
- › les lunettes et les appareils spéciaux;
- › la chiropraxie, la podologie, l'optométrie, l'ostéopathie, la naturopathie et les traitements similaires;
- › les services de physiothérapie, de psychologie, d'audiologie et d'acupuncture, à l'exception de ceux offerts en milieu hospitalier;
- › le rétablissement de la fertilité;
- › la fécondation in vitro;
- › les services fournis par une autre personne lorsque le médecin superviseur est absent ou non disponible;
- › les services fournis par un médecin à des membres de sa famille, à moins qu'il n'en ait reçu l'approbation préalable de Santé Î.-P.-É.;
- › tout autre service que le Ministère peut, sur recommandation issue des négociations entre le Ministère, Santé Î.-P.-É. et la Medical Society, déclarer non assuré.

Les services hospitaliers non couverts par le régime d'assurance-hospitalisation comprennent : les soins infirmiers privés ou spéciaux fournis à la demande du patient ou de sa famille; les chambres à supplément, à la demande du patient; les services hospitaliers fournis en rapport avec une chirurgie purement esthétique; les appareils pour usage personnel, comme les téléphones et les téléviseurs; les médicaments, les produits biologiques, les prothèses et les orthèses que le patient utilisera après avoir obtenu son congé de l'hôpital et les extractions dentaires, sauf dans les cas où le patient doit être hospitalisé pour des raisons médicales, sous réserve de l'approbation préalable de Santé Î.-P.-É.

La radiation de services couverts par le régime d'assurance des soins médicaux se fait en collaboration avec la Medical Society, Santé Î.-P.-É. et le Ministère. Aucun service n'a été désassuré au cours de l'exercice 2016-2017.

Tous les habitants de l'Î.-P.-É. ont un accès égal aux services. Les tiers, comme les assureurs privés ou la Workers' Compensation Board of Prince Edward Island, ne bénéficient pas d'un accès prioritaire aux services moyennant un supplément.

L'Î.-P.-É. n'a pas de processus officiel pour assurer la conformité; cependant, les renseignements fournis par les médecins, les administrateurs d'hôpitaux, les professionnels de la santé et le personnel permettent au Ministère et à Santé Î.-P.-É. de surveiller les questions d'utilisation et de services.

3.0 UNIVERSALITÉ

3.1 ADMISSIBILITÉ

L'article 3 de la *Health Services Payment Act* et son Règlement définissent l'admissibilité au régime d'assurance des soins médicaux. Le régime est conçu pour offrir une couverture aux habitants admissibles de l'Île-du-Prince-Édouard (Î.-P.-É.). Le terme habitant (résident) désigne toute personne légalement autorisée à demeurer au Canada, qui élit domicile et se trouve ordinairement au moins six mois plus un jour par année à l'Î.-P.-É. Bien qu'il n'y ait pas de processus d'appel officiel, une personne peut demander des précisions au sujet de la détermination d'admissibilité.

Tous les nouveaux résidents doivent s'inscrire auprès du Ministère pour devenir admissibles. Les personnes d'ailleurs au Canada qui s'établissent en permanence à l'Î.-P.-É. deviennent admissibles aux services médicaux et hospitaliers assurés le premier jour du troisième mois suivant le mois de leur arrivée. À l'heure actuelle, l'Î.-P.-É. ne dispose pas d'un processus permettant à un résident de se retirer du régime d'assurance-santé.

Les habitants qui ne sont pas admissibles à la couverture des services médicaux et hospitaliers assurés de l'Î.-P.-É. sont ceux ayant droit à certains services dans le cadre d'autres programmes gouvernementaux fédéraux et provinciaux, tels que les membres des Forces canadiennes, les détenus des pénitenciers fédéraux et les clients de la commission des accidents du travail ou des programmes du ministère des Anciens Combattants.

Des résidents qui ne sont pas admissibles peuvent le devenir dans certaines circonstances. Par exemple, c'est le cas des membres des Forces canadiennes au moment de leur libération ou à la fin d'un congé de réadaptation. Les détenus des pénitenciers deviennent admissibles au moment de leur libération. Dans ces cas, la province où la personne était stationnée au moment de sa libération ou à la fin de son congé de réadaptation assume la couverture initiale durant la période d'attente habituelle d'au plus trois mois. Les détenus en liberté conditionnelle sont traités de la même façon que les détenus libérés.

Les habitants nouvellement installés à l'Île-du-Prince-Édouard ou qui y reviennent doivent remplir une demande d'inscription de Santé Î.-P.-É. pour s'inscrire au régime d'assurance-santé. La demande est examinée pour s'assurer que tous les renseignements nécessaires ont été fournis. Une carte santé est émise et envoyée au résident dans un délai de deux semaines. Le renouvellement de la couverture se fait tous les cinq ans; les résidents reçoivent un avis par la poste six semaines avant la date de renouvellement.

En date du 31 mars 2017, 150 194 habitants étaient inscrits au régime d'assurance des soins médicaux de l'Î.-P.-É.

3.2 AUTRES CATÉGORIES DE PERSONNES

Les étudiants étrangers, les touristes, les personnes de passage et les visiteurs à l'Î.-P.-É. ne peuvent être considérés comme des habitants de la province et, de ce fait, n'ont pas droit aux avantages de l'assurance-hospitalisation et de l'assurance-santé.

Les travailleurs temporaires, les réfugiés et les détenteurs de permis ministériel ne sont pas admissibles à l'assurance-santé ni à la couverture des soins médicaux et hospitaliers.

4.0 TRANSFÉRABILITÉ

4.1 PÉRIODE D'ATTENTE MINIMALE

Les assurés qui déménagent à l'Île-du-Prince-Édouard sont admissibles à l'assurance-santé le premier jour du troisième mois suivant le mois de leur arrivée dans la province.

4.2 COUVERTURE DURANT DES ABSENCES TEMPORAIRES AU CANADA

Les habitants absents chaque année pour quelque raison que ce soit doivent résider à l'Île-du-Prince-Édouard pendant au moins six mois et un jour chaque année afin d'être admissibles aux services en cas de maladie subite ou d'urgence pendant qu'ils sont à l'extérieur de la province, en vertu de l'article 11 de la *Health Services Payment Act*. Une personne, y compris un étudiant, qui s'absente de la province pendant au plus 182 jours sur une période de 12 mois doit aviser Santé Î.-P.-É. avant son départ.

L'Î.-P.-É. participe à l'entente de facturation réciproque des soins hospitaliers et à l'entente de facturation réciproque des soins médicaux avec d'autres provinces et territoires du Canada.

4.3 COUVERTURE DURANT DES ABSENCES TEMPORAIRES À L'EXTÉRIEUR DU CANADA

La *Health Services Payment Act* est la loi habilitante qui définit la transférabilité de l'assurance-santé au cours d'absences temporaires à l'étranger, selon les dispositions de l'article 11.

Les personnes doivent résider à l'Î.-P.-É. au moins six mois plus un jour chaque année pour être admissibles à des services assurés en cas de maladie subite ou d'urgence pendant qu'elles sont à l'extérieur de la province, conformément aux dispositions de l'article 11 de la *Health Services Payment Act*.

Dans certains cas, les habitants assurés peuvent s'absenter temporairement du pays jusqu'à une période de 12 mois.

Les étudiants qui fréquentent un établissement d'enseignement reconnu dans un autre pays doivent fournir annuellement une preuve de leur inscription délivrée par cet établissement. Les étudiants doivent aviser Santé Î.-P.-É. à leur retour de l'étranger.

Dans le cas des habitants de l'Î.-P.-É. qui quittent le pays pour des raisons professionnelles pour une période de plus d'un an, la couverture cesse le jour de leur départ.

Concernant les habitants qui voyagent à l'extérieur du Canada, la couverture en cas de situation d'urgence ou de maladie subite sera fournie selon les tarifs de l'Î.-P.-É. uniquement, en devises canadiennes. La différence entre le montant total facturé et le montant payé par le Ministère est à la charge des habitants.

4.4 NÉCESSITÉ D'UNE APPROBATION PRÉALABLE

Une approbation préalable de Santé Î.-P.-É. est nécessaire pour recevoir des services médicaux ou hospitaliers non urgents à l'extérieur de la province. Les habitants de l'Î.-P.-É. qui veulent recevoir de tels services requis peuvent demander une approbation préalable par l'entremise d'un médecin de la province. Si l'approbation n'est pas obtenue, une lettre peut être soumise à Santé Î.-P.-É. afin d'appeler de la décision d'assurance médicale. Une couverture complète peut être accordée pour les services non urgents ou facultatifs (assurés à l'Î.-P.-É.) si le médecin en fait la demande à Santé Î.-P.-É. Il est essentiel d'obtenir une approbation préalable du directeur médical de Santé Î.-P.-É. pour recevoir, à l'étranger, des services hospitaliers ou médicaux non disponibles au Canada.

5.0 ACCESSIBILITÉ

5.1 ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ ASSURÉS

Les régimes d'assurance-hospitalisation et d'assurance des soins médicaux de l'Î.-P.-É. fournissent des services selon des modalités uniformes et n'entravent pas ni n'empêchent l'accès satisfaisant des assurés à ces services. Bien qu'il n'existe pas de processus de plaintes officiel pour les frais inappropriés, une personne peut demander des précisions sur le bien-fondé de frais au ministère de la Santé et du Mieux-être.

L'Î.-P.-É. possède un système de santé administré et financé par l'État qui garantit un accès universel aux services médicaux et hospitaliers médicalement nécessaires, comme l'exige la *Loi canadienne sur la santé*.

L'Î.-P.-É. reconnaît que le système de soins de santé doit constamment s'adapter et élargir ses services pour satisfaire aux besoins des citoyens.

Parmi les exemples de projets au cours de l'exercice 2016–2017, notons les suivants :

- › L'Î.-P.-É. a entrepris l'agrandissement important du centre de soins ambulatoires de l'hôpital du comté de Prince. Les soins ambulatoires de l'hôpital du comté de Prince comprennent quatre services principaux : les soins infirmiers, l'oncologie, la clinique chirurgicale et l'endoscopie. Dans le cadre de l'agrandissement, un nouveau Women's Wellness Centre sera construit et une nouvelle gamme de services sera mise en œuvre graduellement.
- › L'Î.-P.-É. continue d'investir dans les services de santé des collectivités rurales et a inauguré une nouvelle salle de radiographie numérique à l'hôpital de Souris, dans le comté d'Eastern Kings.
- › Un nouveau programme d'orientation des patients (Health Patient Navigator Program) sera lancé dans la province. Ce service vise à aider les habitants de l'Î.-P.-É. à accéder aux services de santé et à communiquer avec eux.
- › L'Î.-P.-É. a établi deux comités de consultation sur la santé communautaire – un de l'est et un de l'ouest – qui recueilleront les commentaires des habitants de l'Î.-P.-É. sur l'orientation du système de soins de santé. Ils offriront une rétroaction continue au ministre de la Santé et du Mieux-être et à Santé Î.-P.-É. sur les stratégies provinciales de prestation des soins de santé et la détermination des questions d'une perspective régionale.
- › L'Î.-P.-É. a mis en œuvre le Programme de télésurveillance des patients éloignés pour appuyer les habitants de l'Î.-P.-É. atteints d'insuffisance cardiaque congestive.

- › L'Î.-P.-É. a mis en œuvre le programme de santé mentale Strongest Families pour les familles dont les enfants sont âgés de 3 à 17 ans.
- › L'Î.-P.-É. a ouvert une clinique sans rendez-vous de santé mentale à PrinceOuest offrant un soutien en santé mentale immédiat pour aider à traiter l'anxiété, la dépression et d'autres problèmes de santé mentale encore plus complexes.

5.2 RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS

La rémunération des médecins est établie grâce à un processus de négociation collective. Les médecins et le gouvernement nomment les membres de leurs équipes de négociation pour que leurs intérêts respectifs soient représentés. La présente ententecadre de cinq ans avec les médecins conclue entre, d'une part, la Medical Society de l'Île-du-Prince-Édouard au nom des médecins de la province et, d'autre part, le ministère de la Santé et du Mieux-être et Santé Î.-P.-É. était en vigueur du 1^{er} avril 2010 au 31 mars 2015. Des négociations pour la nouvelle entente-cadre sont en cours, et l'entente-cadre actuelle demeure en vigueur jusqu'à ce qu'une nouvelle entente-cadre soit ratifiée.

Bon nombre de médecins sont encore rémunérés à l'acte. Toutefois, d'autres modes de paiement sont apparus : certains médecins sont salariés, contractuels ou rémunérés à la vacation. Ces autres modes de rémunération sont de plus en plus courants et semblent être privilégiés par les nouveaux diplômés. Actuellement, la rémunération fondée sur un autre mode de paiement (autre que la rémunération à l'acte) constitue le principal mode de rémunération pour plus de 65 % des médecins de l'Île-du-Prince-Édouard (à l'exclusion des suppléants et des spécialistes itinérants).

La loi qui régit la rémunération des médecins et des dentistes pour des services assurés est la *Health Services Payment Act*. Santé Î.-P.-É. est chargé de vérifier la conformité des requêtes des médecins aux exigences législatives et au tarif de l'entente-cadre, en vertu de la *Health Services Payment Act* et aux pouvoirs délégués par le ministre. La *Health Services Payment Act* permet la vérification des honoraires versés aux médecins pour favoriser l'utilisation efficiente et efficace des ressources. Les droits de vérification de Santé Î.-P.-É. sont énoncés dans l'ententecadre avec la Medical Society de l'Î.-P.-É. Le 22 décembre 2015, Santé Î.-P.-É. a approuvé sa politique sur le suivi, la conformité et le recouvrement des demandes de remboursement des médecins praticiens, et continue d'effectuer des vérifications des honoraires des médecins sur une base permanente. Des informations sur les politiques ont été communiquées aux médecins en janvier 2016.

Les médecins soumettent des factures relatives aux services fournis aux résidents assurés au Système de paiement des indemnités de Santé Î.-P.-É. Ce système contient des règles de facturation harmonisées avec l'entente-cadre qui permettent de s'assurer que les factures qui ne satisfont pas aux critères de l'entente-cadre sont rejetées ou marquées aux fins d'examen. Dans le cadre du processus de surveillance de Santé Î.-P.-É., les médecins sont choisis au hasard et on leur demande de fournir à Santé Î.-P.-É. des documents à l'appui de la facture. L'ensemble des factures des médecins est examiné périodiquement afin d'identifier les profils de facturation inhabituels par rapport aux autres médecins, les hausses importantes des facturations de codes d'honoraires et les irrégularités dans l'utilisation des nouveaux codes d'honoraires. Toute découverte d'irrégularité peut déclencher une vérification.

Les vérifications comprennent des étapes précises pour :

- › le classement du risque des médecins en fonction des profils de facturation inhabituels par rapport à leurs pairs et d'autres facteurs;
- › la vérification d'échantillons de documents relatifs aux réclamations au cabinet du médecin,
- › l'extrapolation statistique des résultats pour estimer tout remboursement de surfacturation;
- › la communication des résultats de la vérification et de tout remboursement par lettre au médecin.

La loi permet le remboursement des trop-payés et prévoit l'appel des rajustements aux réclamations. La première étape de l'appel est la discussion avec le directeur administratif, Affaires médicales ou son représentant. Si aucune entente ne peut être conclue, l'affaire est portée en appel devant le Health Services Payment Advisory Committee (Comité consultatif sur le paiement des services de santé) qui fera une recommandation au ministre.

5.3 PAIEMENTS AUX HÔPITAUX

Les paiements (avances) aux hôpitaux provinciaux et aux hôpitaux communautaires au titre des services hospitaliers sont approuvés par le Ministère en fonction des besoins de trésorerie et assujettis aux niveaux budgétaires approuvés.

La méthode de financement habituelle consiste à utiliser un budget global rajusté annuellement en fonction de l'augmentation du coût de postes de dépense tels que conventions collectives, médicaments, fournitures médicales et fonctionnement des établissements.

6.0 RECONNAISSANCE ACCORDÉE AUX TRANSFERTS FÉDÉRAUX

Le gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard s'efforce de reconnaître les contributions versées par le gouvernement fédéral au titre du Transfert canadien en matière de santé quand il convient de le faire. Au cours de la dernière année, il l'a fait dans des documents publics comme le Budget annuel de 2016–2017 de la province, de même que dans ses Comptes publics de 2016–2017, qui ont tous deux été déposés à l'Assemblée législative et mis à la disposition des habitants de l'Île-du-Prince-Édouard.

Le ministère de la Santé et du Mieux-être a également l'intention de souligner cette importante contribution dans son Rapport annuel de 2016–2017.

PERSONNES INSCRITES

Année	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017
1. Nombre en date du 31 mars (#)	148 278	146 751	146 170	146 930	150 194

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE

ÉTABLISSEMENTS PUBLICS

Année	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017
2. Nombre (#)	7	7	7	7	7
3. Paiements pour des services de santé assurés (\$)	192 480 600	197 008 800	206 026 400	210 797 200	218 043 400

ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS À BUT LUCRATIF

Année	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017
4. Nombre d'établissements privés à but lucratif offrant des services de santé assurés (#)	0	0	0	0	0
5. Paiements aux établissements privés à but lucratif pour des services de santé assurés (\$)	0	0	0	0	0

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS AUX RÉSIDENTS DANS UNE AUTRE PROVINCE OU UN AUTRE TERRITOIRE

Année	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017
6. Nombre total de demandes patients hospitalisés (#)	2 553	2 708	2 412	2 616	2 612
7. Total des paiements patients hospitalisés (\$)	25 941 946	25 515 954	26 099 415	28 867 047	28 644 094
8. Nombre total de demandes patients externes (#)	19 351	19 692	19 881	20 397	19 166
9. Total des paiements patients externes (\$)	6 566 417	7 616 353	7 385 351	7 930 682	8 234 123

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA

Année	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017
10. Nombre total de demandes patients hospitalisés (#)	24	40	20	30	26
11. Total des paiements patients hospitalisés (\$)	76 120	157 594	55 418	72 411	97 054
12. Nombre total de demandes patients externes (#)	125	137	93	133	93
13. Total des paiements patients externes (\$)	43 482	45 756	53 285	49 591	34 493

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE

Année	2012–2013	2013–2014	2014–2015	2015–2016	2016–2017
14. Nombre de médecins participants (#)	348	320	335	357	367
15. Nombre de médecins ayant opté pour le retrait du régime d'assurance-santé (#)	0	0	0	0	0
16. Nombre de médecins non participants (#)	0	0	0	0	0
17. Total des paiements des services médicaux rémunérés pour l'ensemble des méthodes de paiement (\$)	88 742 895	91 965 934	95 037 546	98 070 004	102 691 590
18. Total des paiements des services médicaux rémunérés à l'acte (\$)	55 935 726	57 810 957	59 425 077	64 477 376	65 226 925

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS AUX RÉSIDENTS DANS UNE AUTRE PROVINCE OU UN AUTRE TERRITOIRE

Année	2012–2013	2013–2014	2014–2015	2015–2016	2016–2017
19. Nombre de services (#)	91 130	89 178	98 980	107 666	113 338
20. Total des paiements (\$)	7 025 721	9 567 703	9 868 637	11 973 879	11 782 835

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA

Année	2012–2013	2013–2014	2014–2015	2015–2016	2016–2017
21. Nombre de services (#)	1 109	659	390	585	465
22. Total des paiements (\$)	38 036	38 005	37 500	78 147	36 241

SERVICES DE CHIRURGIE DENTAIRE ASSURÉS FOURNIS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE

Année	2012–2013	2013–2014	2014–2015	2015–2016	2016–2017
23. Nombre de dentistes participants (#)	2	2	2	2	2
24. Nombre de dentistes ayant opté pour le retrait du régime d'assurance-santé (#) ^a					0
25. Nombre de dentistes non participants (#) ^a					0
26. Nombre de services fournis (#)	383	361	446	373	365
27. Total des paiements (\$)	125 290	130 393	169 386	129 361	127 385

^a Santé Canada a demandé cette donnée à partir du rapport de 2016–2017, mais n'a pas demandé aux provinces ni aux territoires de la rapporter pour les années précédentes.

NOUVELLE-ÉCOSSE

La vision et la mission du ministère de la Santé et du Mieux-être (le Ministère) de la Nouvelle-Écosse sont les suivantes :

- › **Vision** : Un système de santé innovatif et durable pour des générations de NéoÉcossais en santé
- › **Mission** : Offrir un leadership au système de santé pour la prestation de soins et de traitement, la prévention des maladies et des blessures, ainsi que la promotion de la santé et de la vie saine

Le système de santé et de mieux-être comprend la prestation de soins ainsi que la prévention des maladies et des blessures, et la promotion de la santé et des modes de vie sains. La *Health Authorities Act* établit les rôles et les responsabilités du Ministère, de la Nova Scotia Health Authority (NSHA) et du Izaak Walton Killam Health Centre (Centre IWK).

Le Ministère est responsable :

- › d'offrir un leadership au système de santé en établissant l'orientation politique stratégique, les priorités et les normes du système de santé;
- › d'assurer la responsabilisation en ce qui concerne le financement ainsi que la mesure et le suivi du rendement du système de santé.

La NSHA et le Centre IWK sont responsables :

- › de la gouvernance, la gestion et la prestation des services de santé¹ dans la province ainsi que la mise en œuvre de l'orientation stratégique établie par le Ministère;
- › l'engagement auprès des collectivités qu'ils desservent, par l'entremise des conseils de santé communautaire.

Les services assurés² en Nouvelle-Écosse couvrent les services hospitaliers et les services médicaux ainsi que les soins à domicile, les soins de longue durée et les produits pharmaceutiques.

La Nouvelle-Écosse demeure déterminée à assurer la prestation des services médicalement nécessaires, conformément aux principes de la *Loi canadienne sur la santé*.

D'autres renseignements sur les soins de santé en Nouvelle-Écosse sont disponibles sur le site Web du Ministère à l'adresse suivante : <http://novascotia.ca/DHW> (en anglais seulement).

¹ Les services de santé sont définis dans la Loi comme étant des [traduction] « services liés à la prévention des maladies ou des blessures, à la promotion ou au maintien de la santé ou aux soins et au traitement des personnes malades, infirmes ou blessées, et comprennent les services fournis dans la province par l'entremise des hôpitaux ou d'autres établissements de soins de santé, les services de santé publique, les services de toxicomanie, les services d'urgence, les services de santé mentale, les services de soins à domicile, les services de soins de longue durée, les services primaires et les autres services prescrits par le règlement. »

² La Nouvelle-Écosse a adopté la *Insured Health Services Act* en 2012. Cette loi n'a pas encore été abrogée ni promulguée et fera l'objet d'un examen pour s'assurer que des modifications ne sont pas nécessaires avant sa promulgation.

1.0 GESTION PUBLIQUE

1.1 RÉGIME D'ASSURANCE-SANTÉ ET AUTORITÉ PUBLIQUE

En Nouvelle-Écosse, les services de santé assurés sont couverts par deux régimes : l'assurance hospitalisation (Hospital Insurance) et l'assurance services médicaux (Medical Services Insurance [MSI] Plan), qui sont tous deux régis par la *Health Services and Insurance Act*.

L'assurance hospitalisation est gérée par le Ministère et le MSI est géré et appliqué par Croix Bleue Medavie.

En vertu de l'article 8 de *Health Services and Insurance Act*, le ministre de la Santé et du Mieux-être peut, sous réserve de l'approbation du gouverneur en conseil, conclure, modifier ou résilier, avec une ou plusieurs personnes, les ententes qu'il juge nécessaires pour établir, mettre en œuvre et exécuter le MSI.

Le Ministère et Croix Bleue Medavie ont conclu une entente de niveau de service, qui est en vigueur depuis le 1^{er} août 2005. Aux termes de l'entente, Croix Bleue Medavie s'occupe de gérer et d'exécuter les programmes du MSI, les régimes d'assurance-médicaments et les services d'enregistrement des cartes santé.

1.2 LIENS HIÉRARCHIQUES

A. Assurance hospitalisation

L'alinéa 17(1)i) de la *Health Services and Insurance Act* et les paragraphes 11(1) et 12(1) du *Hospital Insurance Regulations*, pris en application de cette Loi, établissent les conditions régissant la présentation de rapports au ministre de la Santé et du Mieux-être par les hôpitaux et leurs conseils d'administration.

B. Assurance médicale

Dans l'entente de niveau de service entre Croix Bleue Medavie et le Ministère, Croix Bleue Medavie est tenue de présenter des rapports au Ministère conformément à divers énoncés des besoins, comme il est précisé dans le contrat. Croix Bleue Medavie fait l'objet d'une vérification chaque année sur divers domaines de production de rapports.

1.3 VÉRIFICATION DES COMPTES

Le vérificateur général examine toutes les dépenses du Ministère. Dans son entente sur le niveau de service avec le Ministère, Croix Bleue Medavie fournit au Ministère des états financiers vérifiés sur les coûts du MSI. Le vérificateur général et le Ministère ont le droit de faire des vérifications de la gestion de l'entente avec Croix Bleue Medavie.

Les établissements de soins de longue durée doivent fournir au Ministère des états financiers annuels. Les maisons de soins infirmiers doivent présenter des états financiers annuels vérifiés et les établissements de soins pour bénéficiaires internes doivent présenter des états financiers révisés.

Les organismes de soins à domicile et de soutien à domicile sont tenus de présenter au Ministère des états financiers annuels vérifiés.

En vertu du paragraphe 36(4) de la *Health Authorities Act*, une autorité de santé est tenue de présenter au ministre, au plus tard le 30 juin de chaque année, un état financier vérifié de l'exercice précédent.

1.4 ORGANISME DÉSIGNÉ

Dans le cadre de l'entente de niveau de service avec le Ministère, Croix Bleue Medavie gère les comptes des médecins et est habilitée à recevoir des sommes pour payer ces comptes. Les taux de rémunération et les montants précis sont fondés sur le contrat (accordcadre) négocié entre Doctors Nova Scotia et le Ministère.

Le Ministère et le bureau du vérificateur général ont le droit, dans le cadre des modalités de l'entente, de vérifier toutes les opérations du MSI et du régime d'assurance-médicaments.

Green Shield Canada gère et a l'autorité de recevoir les sommes pour payer les dentistes dans le cadre d'une entente de niveau de service avec le Ministère. Le tarif des frais dentaires est négocié entre l'Association dentaire de la Nouvelle-Écosse et le Ministère.

Croix Bleue Medavie est responsable de la présentation de plusieurs rapports réguliers et spéciaux au Ministère sur les procédures administratives liées à la carte santé, les réclamations des médecins, la surveillance financière, la gestion des fournisseurs, les activités de vérification et l'utilisation des programmes. Ces rapports sont soumis tous les mois, aux trois mois ou annuellement. Il est possible d'obtenir une liste complète de rapports auprès du Ministère.

Dans le cadre d'une entente avec le Ministère, Green Shield Canada produit aussi des rapports mensuels, trimestriels et annuels sur les programmes dentaires en Nouvelle-Écosse. Cela comprend les services dentaires offerts dans le cadre des services aux malades hospitalisés, conformément à ce qui est décrit dans la *Loi canadienne sur la santé*. Il est question, dans ces rapports, des demandes de paiement des fournisseurs et du paiement, de l'utilisation des programmes et de la vérification. Il est possible de se procurer une liste complète de rapports auprès du Ministère.

2.0 INTÉGRALITÉ

2.1 SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS¹

La loi habilitante qui prévoit la prestation de services hospitaliers assurés en Nouvelle-Écosse est la *Health Services and Insurance Act*. Le *Hospital Insurance Regulations* a été pris en application de la Loi.

Dans le cadre du régime d'assurance hospitalisation, voici la liste des services aux patients hospitalisés :

- › l'hébergement et la fourniture de repas en salle commune;
- › les services infirmiers nécessaires;
- › les tests de laboratoire, les examens radiologiques et les autres actes diagnostiques;
- › les fournitures chirurgicales courantes;
- › l'utilisation des salles d'opération, des salles d'accouchement et des services d'anesthésie;
- › l'utilisation, pour les patients hospitalisés, des services de radiothérapie et de physiothérapie, là où il y en a;
- › le sang ou les produits de fractionnement du sang.

¹ Voir la discussion sur la *Health Services and Insurance Act* (2012) à la deuxième note de bas de page (page 1).

Voici la liste des services aux patients externes :

- › les examens de laboratoire et de radiologie;
- › les actes diagnostiques comprenant l'utilisation des produits radiopharmaceutiques;
- › les examens électroencéphalographiques;
- › l'utilisation des installations d'ergothérapie et de physiothérapie, lorsqu'il en existe;
- › les services infirmiers nécessaires;
- › les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes;
- › le sang ou les produits de fractionnement du sang;
- › les services hospitaliers requis pour la plupart des interventions médicales ou chirurgicales mineures;
- › les soins de jour pour diabétiques;
- › les services fournis par les Nova Scotia Hearing and Speech Clinics, là où il y en a;
- › les échographies diagnostiques;
- › la nutrition parentérale à domicile, lorsque ce service existe;
- › l'hémodialyse et la dialyse péritonéale, lorsque ce service existe.

Chaque année, la NSHA et le Centre IWK présentent des plans d'activités qui définissent les budgets et les priorités de l'année à venir, dans le but d'assurer un accès sans danger et de haute qualité aux soins. En vertu de la *Health Authorities Act*, les plans opérationnels doivent être soumis le 1^{er} novembre de chaque année et approuvés par le ministre.

2.2 SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS

La prestation des services médicaux assurés en Nouvelle-Écosse est encadrée par la *Health Services and Insurance Act*, paragraphe 3(2), articles 5, 8, 13 et 13A, paragraphe 17(2), articles 22, 27 à 31 et 35, et le *Medical Services Insurance Regulations*.

En date du 31 mars 2016, 2 562 médecins étaient rémunérés par l'entremise du MSI.

Le médecin conserve le droit de participer au MSI, ou de s'en retirer, auquel cas il doit aviser le régime, et de renoncer à son numéro de facturation. Le MSI rembourse les patients qui paient directement un médecin parce que celui-ci s'est retiré du régime. En date du 31 mars 2017, aucun médecin ne s'était retiré du régime.

Les services assurés comprennent les services médicalement nécessaires. En 2016–2017, des services supplémentaires ont été ajoutés à la liste des services médicaux assurés. La liste complète peut être obtenue auprès du Ministère. L'approbation de nouveaux codes d'honoraires se fait régulièrement, selon les besoins, pour tenir compte d'améliorations, de nouvelles technologies ou des nouvelles façons de fournir un service.

L'ajout de nouveaux codes d'honoraires, ou la modification des codes existants, à la liste des services médicaux assurés s'appuie sur une structure de collaboration formée de représentants du Ministère, de la NSHA et de Doctors Nova Scotia. Il n'y a habituellement pas de consultations publiques pour l'ajout

ou le retrait de services médicaux assurés. Les médecins qui souhaitent faire ajouter un nouveau code d'honoraires au manuel du MSI doivent soumettre une demande officielle au Fee Committee (comité sur les honoraires) aux fins d'examen. Chaque demande est étudiée minutieusement. Le comité sur les honoraires (en vertu des modalités de l'accord-cadre) a le pouvoir décisionnel d'approuver les rajustements en fonction du consensus et du budget disponible. Si les frais sont approuvés, Croix Bleue Medavie se charge d'ajouter les nouveaux honoraires au barème des services assurés remboursables au titre du MSI.

2.3 SERVICES DE CHIRURGIE DENTAIRE ASSURÉS

Pour fournir des services de chirurgie dentaire assurés en vertu de la *Health Services and Insurance Act*, les dentistes doivent être membres agréés de la Nova Scotia Dental Association et détenir un certificat dans une spécialité de chirurgie dentaire. Ils doivent également disposer des privilèges de la NSHA ou du Centre IWK pour la prestation de services dans des hôpitaux précis. En vertu de la *Health Services and Insurance Act*, un dentiste peut choisir de ne pas participer au MSI. Pour y participer, il doit s'inscrire au régime. Un dentiste participant qui souhaite se retirer du régime est tenu d'en informer le MSI par écrit; il n'est plus autorisé par la suite à présenter des réclamations au régime. En 2016-2017, 26 dentistes ont été rémunérés par l'entremise du MSI pour leurs services de chirurgie dentaire assurés.

Les services de chirurgie dentaire assurés doivent être fournis dans un établissement de santé public. Les services assurés sont détaillés dans le guide des services dentaires du Ministère (Dental Surgical Program) et sont examinés annuellement. Les services fournis dans le cadre de ce programme sont assurés lorsque l'état médical du patient est tel que l'acte doit être pratiqué à l'hôpital public et qu'il est de nature chirurgicale.

En général, les services de chirurgie dentaire assurés englobent les extractions et la chirurgie buccale et maxillo-faciale. Pour faire ajouter des services de chirurgie dentaire assurés à la liste, il faut s'adresser à la Dental Association of Nova Scotia qui soumettra une proposition au Ministère. Après avoir consulté des experts dans le domaine, le Ministère rend une décision au sujet de l'ajout du service comme service assuré. Il n'y a pas de consultations publiques pour l'examen de l'ajout de services assurés à la liste.

Les services assurés dans la catégorie « Autres services d'extraction » (extractions courantes) sont approuvés pour les patients suivants : les cardiaques, les transplantés, les immunodéprimés et les patients sous radiothérapie. Cela se produit seulement lorsque le patient suit un traitement actif dans un centre hospitalier et que l'intervention médicale requise exige une extraction, qui serait autrement assimilée à une extraction courante.

À l'heure actuelle, aucun dentiste qui s'est retiré du régime ou qui n'y participe pas ne fournit de services de chirurgie dentaire assurés.

2.4 SERVICES HOSPITALIERS, MÉDICAUX ET DE CHIRURGIE DENTAIRE NON ASSURÉS

Voici la liste des services hospitaliers non assurés :

- › l'hébergement en chambre privée ou semi-privée lits à la demande du patient;
- › les téléphones;
- › les téléviseurs;

- › les médicaments et les produits biologiques prescrits après le congé de l'hôpital;
- › la chirurgie esthétique;
- › les interventions visant le rétablissement de la fécondité;
- › la fécondation in vitro;
- › les interventions pratiquées dans le cadre d'essais cliniques;
- › les services comme le pontage gastrique dans les cas d'obésité morbide, la chirurgie d'augmentation ou de réduction mammaire et la circoncision des nouveau-nés (Ces services peuvent être assurés s'ils sont approuvés en tant que considération spéciale pour des raisons médicales seulement);
- › les services requis par un tiers (les compagnies d'assurance, par exemple) qui ne sont pas jugés médicalement nécessaires.

Voici la liste des services médicaux non assurés :

- › les services offerts aux habitants de la Nouvelle-Écosse assurés en vertu d'une loi de toute autre province ou territoire du Canada ou de l'étranger;
- › les services de diagnostic ou de prévention ou les autres services prodigués par un médecin dans le cadre du Nova Scotia Hospital Insurance Program ou par le Ministère ou encore par un autre organisme gouvernemental;
- › les services prodigués à la demande d'un tiers;
- › la fourniture d'une ordonnance, la requête de diagnostic ou le service thérapeutique fourni au patient sans évaluation clinique;
- › les services prodigués par un médecin aux membres de sa propre famille;
- › les services dont les fins sont uniquement esthétiques;
- › les immunisations de groupe sans approbation du MSI (régime d'assurance);
- › l'acupuncture;
- › l'électrolyse;
- › le rétablissement de la fécondité;
- › la fécondation in vitro;
- › les vaccins destinés aux voyageurs;
- › la circoncision des nouveau-nés;
- › la frénotomie ou la frénectomie chez les nouveau-nés;
- › l'enlèvement de cérumen, sauf chez les enfants fébriles;
- › le traitement des verrues ou d'autres problèmes de peau;
- › les consultations complètes en l'absence de signes, de symptômes ou d'antécédents familiaux de maladie ou d'incapacité;

- › les services, les fournitures et les autres matériels exclus des frais généraux de bureau, par exemple, les coûts associés aux photocopies et au transfert de dossiers;
- › les médicaments, pansements et fournitures médicales; les recommandations du médecin par téléphone, par la poste, par télécopieur ou par courriel (avec exceptions);
- › le kilométrage ou le temps de déplacement.

En Nouvelle-Écosse, les principaux tiers achetant des services de santé médicalement nécessaires sont la Workers' Compensation et le ministère de la Défense nationale.

Tous les habitants de la province ont droit aux services couverts en vertu de la *Health Services and Insurance Act*. Si des biens ou des services améliorés sont offerts en tant que solution de rechange, plâtres en fibre de verre, par exemple, le médecin spécialiste ou l'omnipraticien a la responsabilité de s'assurer que le patient sait qu'il doit assumer les frais additionnels. Les patients ne doivent pas se voir refuser les services en raison de leur incapacité de payer. La province offre des solutions de rechange à tout bien ou service amélioré.

Le Ministère étudie attentivement toutes les plaintes de patients et les préoccupations du public qui pourraient laisser entendre que les principes généraux des services assurés ne sont pas respectés.

Si un service ou une intervention n'est pas jugé médicalement nécessaire par le Ministère, il sera retiré du barème d'honoraires des médecins et ne sera plus remboursé à titre de service assuré. Lorsqu'un service est désassuré, l'ensemble des interventions et des examens associés à sa prestation le devient également. La même chose s'applique aux services dentaires et hospitaliers. Il n'y a pas de consultations publiques pour la détermination de la nécessité médicale et le retrait de services assurés de la liste. Le dernier retrait important de services assurés remonte à 1997.

3.0 UNIVERSALITÉ

3.1 ADMISSIBILITÉ

L'admissibilité aux services de santé assurés en Nouvelle-Écosse est définie à l'article 2 du *Hospital Insurance Regulations*, conformément à l'article 17 de la *Health Services and Insurance Act*. Tous les habitants de la Nouvelle-Écosse sont admissibles. On définit un habitant comme toute personne légalement autorisée à demeurer au Canada, domiciliée et résidant habituellement en Nouvelle-Écosse. L'inscription aux régimes d'assurance hospitalisation et d'assurance médicale est volontaire et les habitants peuvent choisir de ne pas s'y inscrire.

En 2016–2017, une personne a été réputée « résider habituellement » en Nouvelle-Écosse si :

- › elle y établit sa résidence permanente;
- › elle y est effectivement présente au moins 183 jours par année civile (les absences au Canada de moins de 30 jours ne sont pas comptabilisées);
- › elle est citoyenne canadienne ou possède le statut de « résident permanent », selon Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada (IRCC).

Les personnes des autres provinces du Canada qui s'établissent en Nouvelle-Écosse sont habituellement admissibles au MSI à compter du premier jour du troisième mois qui suit le mois de leur arrivée. Les personnes d'autres pays qui s'établissent en permanence en Nouvelle-Écosse sont admissibles à compter de la date d'arrivée dans la province, à condition d'être citoyens canadiens ou d'avoir le statut de « résident permanent », selon IRCC.

Les personnes assurées en vertu de la *Workers' Compensation Act* ou toute autre loi de la législature ou du Parlement du Canada, ou en vertu d'un statut ou d'une loi d'une autre province ou territoire, que ce soit au pays ou à l'extérieur du Canada, ne sont pas admissibles au MSI (comme les membres des Forces armées canadiennes, les détenus fédéraux et certaines catégories de réfugiés). Quand ces personnes ne sont plus assurées en vertu des lois, des statuts ou des décrets précédents, elles sont alors admissibles pour faire une demande de couverture de l'assurance-santé de la Nouvelle-Écosse, pour autant que ces personnes aient la citoyenneté canadienne ou le statut de résident permanent, comme le définit IRCC, ou qu'elles satisfont aux exigences de résidence de la Nouvelle-Écosse. Un examen administratif peut être demandé pour les personnes jugées inadmissibles.

En 2016–2017, 1 012 642 habitants au total étaient inscrits au régime d'assurance-santé de la province.

3.2 AUTRES CATÉGORIES DE PERSONNES

D'autres personnes peuvent être admissibles à la couverture des services de santé assurés en Nouvelle-Écosse, lorsqu'elles satisfont aux critères d'admissibilités particulières, dont les suivantes :

Immigrants : Les personnes de l'étranger qui s'installent de façon permanente en Nouvelle-Écosse sont admissibles à l'assurance-santé à la date de leur arrivée si elles arrivent en tant que résident permanent, selon Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada (IRCC).

Les réfugiés au sens de la Convention et les non-Canadiens mariés à un citoyen canadien ou à un résident permanent (présentation d'une copie du certificat de mariage obligatoire) qui possèdent les documents exigés par IRCC, indiquant qu'ils ont présenté une demande de résidence permanente, sont admissibles à la couverture dès le premier jour de leur arrivée en Nouvelle-Écosse (si la demande a été présentée avant leur arrivée dans la province) ou à la date de leur demande de résidence permanente (si la demande a été présentée après leur arrivée dans la province).

Les réfugiés au sens de la Convention et les personnes à protéger qui possèdent les documents exigés par IRCC, indiquant qu'ils ont présenté une demande de résidence permanente, sont admissibles à la couverture à la date de leur demande de résidence permanente.

En 2016–2017, 44 014 résidents permanents étaient inscrits au régime d'assurance-santé.

Réfugiés : Les réfugiés sont admissibles au MSI lorsqu'ils ont obtenu le statut de résident permanent d'IRCC, ou s'ils possèdent un permis d'emploi ou d'études.

Permis de travail : Les personnes de l'étranger qui viennent s'établir en Nouvelle-Écosse et qui possèdent un permis de travail peuvent présenter une demande d'inscription au régime à la date de leur arrivée en Nouvelle-Écosse, à la condition de demeurer en Nouvelle-Écosse au moins une année complète. Le travailleur doit signer une déclaration confirmant qu'il ne se trouvera pas à l'extérieur de la Nouvelle-Écosse pendant plus de 31 jours consécutifs, sauf dans le cadre de son emploi. La couverture du régime

est prolongée pour des périodes maximales de 12 mois à la fois. Chaque année, le titulaire doit présenter une copie de son document d'immigration renouvelé et signer une déclaration. Les personnes à sa charge, qui sont légalement autorisées à demeurer au Canada, sont couvertes selon les mêmes modalités.

Lorsque la personne cesse d'être admissible, sa situation est celle d'une personne qui n'a jamais été admissible à la couverture qui lui avait ainsi été accordée. Les exigences susmentionnées devront être satisfaites avant qu'elle soit couverte, ainsi que ses personnes à charge, le cas échéant.

En 2016-2017, 3 999 titulaires d'une autorisation d'emploi étaient couverts par le régime d'assurance-santé.

Permis d'études : Les personnes d'autres pays en possession d'un permis d'études qui viennent s'établir en Nouvelle-Écosse sont admissibles au MSI à compter du premier jour du treizième mois qui suit le mois de leur arrivée, à la condition qu'elles n'aient pas séjourné à l'extérieur de la province pendant plus de 31 jours consécutifs, sauf dans le cadre de leurs études. La couverture du régime est prolongée pour une période maximale de 12 mois à la fois et ne vise que les services reçus en Nouvelle-Écosse. Chaque année, le titulaire doit présenter une copie de son document d'immigration renouvelé et signer une déclaration. Lorsque l'étudiant devient admissible au régime, les personnes à sa charge, qui sont légalement autorisées à demeurer au Canada, sont couvertes selon les mêmes modalités.

En 2016-2017, 1 486 titulaires d'un permis d'études étaient couverts par le régime d'assurance-santé.

4.0 TRANSFÉRABILITÉ

4.1 PÉRIODE D'ATTENTE MINIMALE

Les personnes des autres provinces ou territoires du Canada qui s'établissent en Nouvelle-Écosse sont dans la plupart des cas admissibles au MSI à compter de la première journée du troisième mois qui suit le mois de leur arrivée.

4.2 COUVERTURE DURANT DES ABSENCES TEMPORAIRES AU CANADA

L'Accord interprovincial sur l'admissibilité et la transférabilité est respecté dans tous les cas où la condition de transférabilité s'applique.

En général, le MSI offre une couverture aux habitants de la Nouvelle-Écosse qui s'établissent dans une autre province ou un autre territoire pendant une durée de trois mois, conformément à l'Accord sur l'admissibilité et la transférabilité. Les étudiants et les personnes à leur charge qui sont temporairement absents de la province et qui fréquentent un établissement d'enseignement à temps plein peuvent demeurer admissibles au MSI sur une base annuelle. Pour être admissible, l'étudiant doit présenter au MSI une lettre venant directement de son établissement d'enseignement et confirmant qu'il y est inscrit à plein temps. La couverture sera fournie sur une base annuelle à partir du moment de la réception de ladite lettre.

Les travailleurs qui s'absentent de la Nouvelle-Écosse pour chercher un emploi ailleurs demeurent admissibles au MSI pendant une période maximale de douze mois, à condition qu'ils n'établissent pas leur résidence dans une autre province ou un autre territoire. Les services fournis aux habitants de la Nouvelle-Écosse dans une autre province ou un territoire sont couverts par des ententes de réciprocité. La Nouvelle-Écosse participe à l'entente de facturation réciproque des soins hospitaliers et à l'entente

de facturation réciproque des soins médicaux. Le Québec est la seule province qui ne participe pas à l'entente de facturation réciproque des soins médicaux. La Nouvelle-Écosse paie, aux tarifs du Québec, les services assurés fournis par les médecins de cette province aux habitants de la Nouvelle-Écosse, si ces services sont aussi assurés en Nouvelle-Écosse. La majorité des réclamations de ce genre sont reçues directement des médecins du Québec. Les services hospitaliers fournis à des patients hospitalisés sont payés en vertu de l'entente de facturation réciproque interprovinciale au coût normalisé d'hospitalisation en salle commune de l'hôpital ayant fourni le service. Dans tous les cas visés par l'entente de facturation réciproque, la Nouvelle-Écosse paie les tarifs de la province ayant fourni les services assurés.

Le montant total payé par le régime en 2016–2017 pour les services hospitaliers fournis aux patients externes et aux patients hospitalisés dans d'autres provinces et territoires a atteint 34 229 741 \$.

Depuis le 1^{er} août 2014, les habitants de la Nouvelle-Écosse reçoivent une couverture d'un mois supplémentaire de vacances à l'extérieur de la province. Cela permet aux habitants de la Nouvelle-Écosse de prendre des vacances à l'extérieur de la province pour un total de sept mois par année, sans perte d'admissibilité au MSI. Les habitants de la Nouvelle-Écosse qui s'absentent pour moins de sept mois par année civile sont considérés comme habitant s'ils satisfont aux critères suivants :

- (a) ils informent le MSI de leur séjour à l'extérieur de la Nouvelle-Écosse;
- (b) ils n'établissent pas leur résidence à l'extérieur de la province;
- (c) les nouveaux habitants ou ceux qui reviennent dans la province doivent être physiquement présents en Nouvelle-Écosse pendant au moins 183 jours avant de s'absenter.

4.3 COUVERTURE DURANT DES ABSENCES TEMPORAIRES À L'EXTÉRIEUR DU CANADA

La Nouvelle-Écosse respecte l'Accord sur l'admissibilité et la transférabilité lorsque des services assurés sont fournis à des habitants de la province durant une absence temporaire à l'étranger. À condition que l'habitant de la Nouvelle-Écosse satisfasse aux critères d'admissibilité, les services fournis à l'étranger sont payés au moins à hauteur du montant qu'aurait payé la Nouvelle-Écosse pour des services similaires fournis dans la province. Pour être couvertes par le MSI, les interventions non urgentes doivent être autorisées au préalable.

Depuis le 1^{er} août 2014, les habitants de la Nouvelle-Écosse reçoivent une couverture d'un mois supplémentaire de vacances à l'extérieur du pays. Cela permet aux habitants de la Nouvelle-Écosse de prendre des vacances à l'extérieur du pays pour un total de sept mois par année, sans perte d'admissibilité au MSI. Les habitants de la Nouvelle-Écosse qui s'absentent pour moins de sept mois par année civile seront considérés comme habitant s'ils satisfont aux critères suivants :

- (a) ils informent le MSI de leur séjour à l'extérieur de la Nouvelle-Écosse;
- (b) ils n'établissent pas leur résidence à l'extérieur de la province;
- (c) les nouveaux habitants ou ceux qui reviennent dans la province doivent être physiquement présents en Nouvelle-Écosse pendant au moins 183 jours avant de s'absenter.

Pendant une absence temporaire de la province, les étudiants qui fréquentent à temps plein un établissement d'enseignement à l'extérieur du Canada et les personnes à leur charge peuvent demeurer admissibles au MSI, sur une base annuelle. Ils sont alors tenus de présenter au régime une lettre de leur établissement d'enseignement confirmant qu'ils le fréquentent, et ce, pour chaque année pour laquelle une couverture est demandée.

Les personnes qui vont travailler à l'étranger (y compris comme bénévoles ou missionnaires ou pour faire de la recherche) pour une période de 24 mois ou moins restent couvertes par le MSI, à condition de satisfaire au préalable aux exigences de résidence.

Le montant total des dépenses en 2016–2017 pour les services aux patients hospitalisés assurés fournis à l'extérieur du Canada a atteint 964 123 \$. La Nouvelle-Écosse ne couvre pas les soins en consultation externe à l'extérieur du pays.

4.4 NÉCESSITÉ D'UNE APPROBATION PRÉALABLE

Une autorisation préalable est requise dans le cas de services facultatifs fournis à l'étranger. Le spécialiste de la Nouvelle-Écosse doit présenter une demande d'autorisation préalable au médecin consultant du MSI pour le compte de l'habitant assuré. Le médecin consultant examine les modalités et détermine si le service est fourni dans la province, peut être fourni dans une autre province ou n'est fourni qu'à l'étranger. Sa décision est communiquée au spécialiste qui veut adresser le patient à l'étranger. Si l'approbation est accordée, le service est entièrement couvert par le MSI. Un examen administratif peut être demandé pour les personnes jugées inadmissibles.

5.0 ACCESSIBILITÉ

5.1 ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ ASSURÉS

L'article 3 de la *Health Services and Insurance Act* stipule que, sous réserve des dispositions de cette Loi et de son Règlement, tous les habitants de la province ont le droit de recevoir des services hospitaliers assurés selon des modalités uniformes, et ils sont assurés selon des modalités uniformes concernant le paiement des services professionnels assurés jusqu'au tarif établi. Dans le cadre du régime, il est interdit d'imposer des frais modérateurs ou des suppléments. Les plaintes sont généralement adressées directement au Ministère par téléphone ou par courriel, ou au College of Physicians and Surgeons of Nova Scotia. Les plaintes font l'objet d'une enquête et sont traitées.

La Nouvelle-Écosse suit de près la situation de l'accès aux soins dans l'ensemble du Canada pour garantir un accès équitable aux soins.

Des plans d'options de paiement pour les médecins continuent d'être adoptés ou élargis afin d'améliorer le recrutement et l'accès aux soins primaires dans les milieux ruraux ou dans lesquels on peine à trouver les effectifs de santé requis.

5.2 RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS

La *Health Services and Insurance Act*, Revised Statutes of Nova Scotia, chapitre 197, régit la rémunération des médecins et des dentistes pour les services assurés. Les rémunérations sont versées aux médecins conformément à une entente négociée entre Doctors Nova Scotia (le seul agent négociateur des médecins) et le Ministère. La rémunération à l'acte demeure le mode de paiement des services médicaux le plus répandu; toutefois, il y a eu en Nouvelle-Écosse une augmentation marquée d'autres modes de paiement.

En 1997–1998, environ 9 % des médecins étaient payés uniquement selon des modes de financement optionnels. En 2016–2017, environ 23 % des médecins étaient exclusivement rémunérés selon des modes de financement optionnels. Environ 68 % des médecins de la Nouvelle-Écosse sont payés en totalité ou en partie selon ces modes de financement optionnels, comme les ententes de financement conclues avec des cliniques universitaires pour la prestation de services cliniques, académiques, administratifs et de recherche, les plans d'options de paiement pour les médecins ou les groupes de médecins utilisés principalement dans les milieux ruraux. D'autres programmes de financement, comme les accords pour services d'urgences et la rémunération à la séance de consultation, sont aussi utilisés partout dans la province.

Pour vérifier les paiements, un plan de vérification annuel est suivi en fonction d'une évaluation des risques. Les vérifications sont effectuées en réponse aux préoccupations portées à l'attention de l'administrateur du MSI et peuvent être effectuées en réponse aux préoccupations soulevées dans les lettres de vérification des services.

Les tarifs de rémunération des services dentaires de la province sont négociés entre le Ministère et la Dental Association of Nova Scotia, selon un processus de négociation semblable à celui des services médicaux. En général, les dentistes sont rémunérés à l'acte. Les pédodontistes du Centre IWK sont rémunérés selon les modalités d'un plan de financement universitaire.

5.3 PAIEMENTS AUX HÔPITAUX

Le Ministère fixe les objectifs budgétaires des services de soins de santé. Pour ce faire, il reçoit les plans d'activités de la Nova Scotia Health Authority (NSHA), du Centre IWK et d'organisations autres que les autorités de santé de district. Le budget provincial détermine les paiements qui seront versés à ces organisations pour la prestation des services.

La *Health Authorities Act* établit la NSHA et le Centre IWK en tant qu'organismes responsables de superviser la prestation des services de santé dans la province de la Nouvelle-Écosse et exige qu'ils travaillent en collaboration à cette fin.

L'article 10 de la *Health Services and Insurance Act* et les articles 9 à 13 du *Hospital Insurance Regulations* définissent les modalités de paiement, par le ministre, des services hospitaliers assurés aux hôpitaux.

En 2016–2017, la Nouvelle-Écosse comptait 2 975 lits (soit 3,1 lits pour 1 000 habitants). Les dépenses directes du Ministère pour les coûts de fonctionnement des services hospitaliers assurés étaient de 1 790 425 313 \$.

6.0 RECONNAISSANCE ACCORDÉE AUX TRANSFERTS FÉDÉRAUX

La contribution financière du gouvernement fédéral pour les services hospitaliers et les services de santé assurés fournis aux habitants de la Nouvelle-Écosse est reconnue dans la *Health Services and Insurance Act*. En outre, les communiqués et les reportages des médias font savoir à la population que le gouvernement fédéral verse des contributions permanentes à la province pour les soins de santé dans le cadre du Transfert canadien en matière de santé (TCS) ainsi que par d'autres appuis financiers.

Le gouvernement de la Nouvelle-Écosse a également reconnu la contribution fédérale au titre du TCS dans diverses publications, y compris les documents suivants :

- › les comptes publics de 2015–2016 publiés le 9 août 2016;
- › les prévisions budgétaires et des renseignements supplémentaires pour 2015–2016 publiés le 19 avril 2016.

PERSONNES INSCRITES

Année	2012–2013	2013–2014	2014–2015	2015–2016	2016–2017
1. Nombre en date du 31 mars (#)	998 763	1 000 124	1 001 708	1 008 726	1 012 642

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE

ÉTABLISSEMENTS PUBLICS

Année	2012–2013	2013–2014	2014–2015	2015–2016	2016–2017
2. Nombre (#)	35	35	35	35	35
3. Paiements pour des services de santé assurés (\$)¹	1 619 915 286	1 679 289 646	1 735 234 990	1 720 856 746	1 790 425 313

ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS À BUT LUCRATIF

Année	2012–2013	2013–2014	2014–2015	2015–2016	2016–2017
4. Nombre d'établissements privés à but lucratif offrant des services de santé assurés (#)²	0	0	0	0	0
5. Paiements aux établissements privés à but lucratif pour des services de santé assurés (\$)	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS AUX RÉSIDENTS DANS UNE AUTRE PROVINCE OU UN AUTRE TERRITOIRE

Année	2012–2013	2013–2014	2014–2015	2015–2016	2016–2017
6. Nombre total de demandes patients hospitalisés (#)	2 259	2 034	2 020	2 019	1 882
7. Total des paiements patients hospitalisés (\$)	19 854 352	18 363 912	17 984 193	19 022 461	19 801 011
8. Nombre total de demandes patients externes (#)	39 611	39 551	41 207	40 344	37 910
9. Total des paiements patients externes (\$)	12 272 547	12 888 192	13 352 105	14 174 680	14 428 730

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA

Année	2012–2013	2013–2014	2014–2015	2015–2016	2016–2017
10. Nombre total de demandes patients hospitalisés (#)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
11. Total des paiements patients hospitalisés (\$)	1 104 701	1 242 889	777 019	1 409 302	964 123
12. Nombre total de demandes patients externes (#)	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
13. Total des paiements patients externes (\$)	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet

¹ Ceci comprend les paiements versés aux établissements publics de l'indicateur 2.

² Scotia Surgery n'est pas considéré comme un établissement privé, mais plutôt comme un hôpital, conformément à la *Health Authorities Act* (financé par le ministère de la Santé et du Mieux-être). L'autorité de santé de la Nouvelle-Écosse loue la capacité disponible de Scotia Surgery. Les interventions y sont planifiées par le personnel de l'autorité de santé et sont effectuées par des chirurgiens du régime public. Scotia Surgery ne participe pas à la gestion de l'effectif médical ou à la prise de rendez-vous pour les patients. Les rendez-vous sont planifiés suivant les mêmes critères que dans d'autres sites de la zone centrale.

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE

Année	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017
14. Nombre de médecins participants (#)	2 507	2 581	2 580	2 602	2 562
15. Nombre de médecins ayant opté pour le retrait du régime d'assurance-santé (#)	0	0	0	0	0
16. Nombre de médecins non participants (#)	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
17. Total des paiements des services médicaux rémunérés pour l'ensemble des méthodes de paiement (\$)	694 184 053	712 629 560	730 417 814	740 465 887	735 418 537
18. Total des paiements des services médicaux rémunérés à l'acte (\$)	310 301 903	310 882 780	317 048 025	378 290 569	377 118 049

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS AUX RÉSIDENTS DANS UNE AUTRE PROVINCE OU UN AUTRE TERRITOIRE

Année	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017
19. Nombre de services (#)	208 505	204 888	210 771	222 026	220 932
20. Total des paiements (\$)	8 512 631	8 607 696	8 884 002	9 304 321	9 167 527

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA

Année	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017
21. Nombre de services (#)	2 096	3 141	2 789	1 413	1 426
22. Total des paiements (\$)	110 695	173 452	157 344	72 025	74 209

SERVICES DE CHIRURGIE DENTAIRE ASSURÉS FOURNIS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE

Année	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017
23. Nombre de dentistes participants (#)	21	26	25	28	26
24. Nombre de dentistes ayant opté pour le retrait du régime d'assurance-santé (#) ^a	-	-	-	-	0
25. Nombre de dentistes non participants (#) ^a	-	-	-	-	0
26. Nombre de services fournis (#) ³	7 007	7 391	8 492	8 591	7 713
27. Total des paiements (\$) ⁴	1 397 223	1 356 416	1 442 994	1 401 379	1 342 014

^a Santé Canada a demandé cette donnée à partir du rapport de 2016-2017, mais n'a pas demandé aux provinces ni aux territoires de la rapporter pour les années précédentes.

³ Le total des services comprend le financement global offert aux dentistes.

⁴ Le total des paiements ne comprend pas le financement global aux dentistes..

NOUVEAU-BRUNSWICK

1.0 GESTION PUBLIQUE

1.1 RÉGIME D'ASSURANCE-SANTÉ ET AUTORITÉ PUBLIQUE

Au Nouveau-Brunswick, le régime « d'assurance-santé » est connu sous le nom officiel de régime de services médicaux. En vertu de la *Loi sur le paiement des services médicaux* et de son Règlement, le ministre de la Santé (le ministre) est responsable de l'application et de la gestion du régime. La Loi et son Règlement établissent qui est admissible au régime de services médicaux, les droits du patient et les responsabilités du ministère de la Santé (le Ministère). La Loi établit un régime d'assurance-santé et définit quels services médicaux sont assurés et lesquels ne le sont pas. La Loi prévoit également le type d'ententes que le Ministère peut conclure. De même que les droits des médecins, le mode de détermination des montants à payer pour les services médicaux, la méthode d'évaluation des factures pour les services médicaux, ainsi que les questions de confidentialité et de protection des renseignements personnels qui se rattachent à l'application de la Loi.

1.2 LIENS HIÉRARCHIQUES

La direction des Services assurés et la direction de l'Admissibilité et des réclamations du Ministère sont chargées de gérer le régime de services médicaux. Le ministre rend des comptes à l'Assemblée législative dans le rapport annuel du Ministère et par le biais des processus législatifs réguliers.

La *Loi sur les régies régionales de la santé* établit les régies régionales de la santé (RRS) et en énonce les pouvoirs, les fonctions et les responsabilités. En plus d'être responsable de l'application de la Loi, le ministre donne des directives à chaque RRS et peut lui déléguer des pouvoirs ou des fonctions supplémentaires.

1.3 VÉRIFICATION DES COMPTES

Trois groupes sont chargés de la vérification du régime de services médicaux.

Le Bureau du vérificateur général : En vertu de la *Loi sur le vérificateur général*, le Bureau du vérificateur général fait la vérification externe des factures du Nouveau-Brunswick, laquelle englobe les documents financiers du Ministère. Le vérificateur général effectue aussi des examens de la gestion des programmes, comme il le juge opportun.

Le Bureau du contrôleur : Le contrôleur est le vérificateur interne en chef du Nouveau-Brunswick. Il fournit des services de comptabilité, de vérification et de consultation conformément aux responsabilités et aux pouvoirs énoncés dans la *Loi sur l'administration financière*.

L'Équipe de surveillance et de vérification : cette équipe est chargée de la gestion de la conformité à la *Loi sur le paiement des services médicaux* et à son Règlement ainsi qu'aux honoraires prévus et négociés.

2.0 INTÉGRALITÉ

2.1 SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS

Les services hospitaliers assurés sont régis par l'article 9 du *Règlement 84-167* de la *Loi sur les services hospitaliers* et par la *Loi hospitalière*. Aux termes du *Règlement 84-167* de la *Loi sur les services hospitaliers*, les habitants du Nouveau-Brunswick ont droit aux services hospitaliers assurés ci-après.

Les services assurés fournis aux patients hospitalisés comprennent : le logement et les repas; les soins infirmiers; les examens de laboratoire et les actes diagnostiques; les médicaments et l'utilisation des installations (p. ex. de chirurgie, de radiothérapie et de physiothérapie) et les services fournis par des professionnels au sein de l'établissement.

Les services externes assurés comprennent : les procédures de laboratoire et les procédures diagnostiques, les mammographies et les services externes offerts par un hôpital en vue de préserver la santé, de prévenir la maladie et de faciliter le diagnostic et le traitement de toute blessure, maladie ou incapacité, à l'exception des services liés à la fourniture de médicaments ou aux demandes de diagnostic présentées par un tiers.

2.2 SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS

La *Loi sur le paiement des services médicaux* et son *Règlement* connexe énoncent les services médicaux assurés. Au 31 mars 2017, on comptait 1 666 médecins au Nouveau-Brunswick. Aucun médecin offrant des services de santé n'a choisi de se retirer du régime de services médicaux. Les médecins qui renoncent à l'assurance-maladie doivent remplir le formulaire prévu à cet effet et y indiquer le montant facturé au patient. Le bénéficiaire demande ensuite un remboursement en attestant, dans son formulaire de demande de remboursement, que les services ont été reçus, puis il envoie sa demande aux bureaux de l'assurance-maladie. Les frais ne doivent pas excéder le tarif de l'assurance-maladie. Si les frais excèdent le tarif de l'assurance-maladie, le médecin doit fournir les renseignements suivants au patient avant de lui fournir le service :

- › il se retire du régime et les frais excèdent le tarif de l'assurance-maladie;
- › en acceptant de recevoir les services dans ces conditions, le patient renonce à tous ses droits d'obtenir un remboursement de l'assurance-maladie;
- › le patient a le droit d'obtenir des services d'un autre médecin qui participe au régime de services médicaux;
- › le médecin doit obtenir une renonciation signée du patient sur le formulaire spécifié et envoyer ce formulaire aux bureaux de l'assurance-maladie.

Les services en vertu desquels les habitants sont couverts par l'assurance-santé comprennent :

- (a) le volet médical de tous les services médicalement nécessaires fournis par les médecins;
- (b) certains actes de chirurgie dentaire pratiqués par un médecin ou un chirurgien-dentiste dans un hôpital.

Un médecin ou le Ministère peut demander l'ajout d'un nouveau service. Toutes les demandes sont étudiées par le comité chargé de l'ajout de nouveaux services, lequel est dirigé conjointement par la Société médicale du Nouveau-Brunswick et le Ministère. La décision d'ajouter un nouveau service est fondée sur la notion de « médicalement nécessaire » et sur le fait que le service est considéré comme une pratique généralement acceptable (non expérimentale) au Nouveau-Brunswick ou au Canada. La notion de « médicalement nécessaire » s'applique aux services pour maintenir la santé, prévenir les maladies et/ou diagnostiquer ou traiter une blessure, une maladie ou une incapacité. Aucun processus de consultation publique n'est utilisé.

En 2016–2017, les services suivants ont été ajoutés à la liste des services assurés.

Code Description du service

8161 Aide médicale à mourir (AMM)

8162 Aide médicale à mourir (AMM) – déplacement par km à l'extérieur d'un rayon de 5 km

8163 Mastectomie avec masculinisation du torse

2.3 SERVICES DE CHIRURGIE DENTAIRE ASSURÉS

L'annexe 4 du *Règlement 84-20* établi en vertu de la *Loi sur le paiement des services médicaux* précise les services de chirurgie dentaire assurés qui peuvent être fournis par un dentiste qualifié dans un hôpital à la condition que l'état du patient exige que ces services soient donnés dans un hôpital.

De plus, un dentiste peut être rémunéré pour assister un autre dentiste dans la prestation de services médicalement nécessaires sous certaines conditions. Outre l'annexe 4 du *Règlement 84-20*, les chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux ont ajouté l'accès à quelque 300 codes de service dans le guide du médecin (*Physician Manual*) et peuvent admettre des patients ou autoriser leur sortie en plus de faire des examens physiques, y compris en consultation externe. Ces chirurgiens peuvent aussi donner des consultations aux patients dans leur cabinet.

En date du 31 mars 2017, on comptait 172 chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux inscrits, y compris 158 dentistes, 10 fournissaient des services assurés par le régime de services médicaux.

2.4 SERVICES HOSPITALIERS, MÉDICAUX ET DE CHIRURGIE DENTAIRE NON ASSURÉS

Les services hospitaliers non assurés comprennent : les médicaments que le malade emporte à la maison; les services de diagnostic demandés par des tiers; les visites pour l'administration de médicaments, de vaccins, de sérums ou de produits biologiques; les téléviseurs et les téléphones; l'hébergement en chambre privée ou semi-privée à la demande du patient; les services hospitaliers directement liés aux services énumérés à l'annexe 2 du règlement établi en vertu de la *Loi sur le paiement des services médicaux*. Les services fournis aux ayants droit en vertu d'autres lois ne sont pas assurés.

Les services énumérés à l'annexe 2 du *Règlement 84-20* du Nouveau-Brunswick établi en vertu de la *Loi sur le paiement des services médicaux* sont expressément exclus de la gamme des services médicaux assurés par le régime d'assurance-santé, c'est-à-dire :

- › la chirurgie plastique facultative ou autres services à des fins esthétiques;
- › la correction d'un mamelon inversé;

- › l'augmentation mammaire;
- › l'otoplastie pour les personnes de plus de 18 ans;
- › l'ablation de lésions cutanées mineures, sauf si elles sont effectivement précancéreuses ou soupçonnées de l'être;
- › l'avortement, sauf lorsqu'il est pratiqué dans un établissement hospitalier agréé par la province ou le territoire où cet établissement est situé;
- › l'assistance chirurgicale pour la chirurgie de la cataracte, sauf si l'assistance est requise en raison d'un risque d'échec opératoire autre que le risque inhérent à l'extraction même de la cataracte, à cause de la présence d'une maladie ou d'une autre complication;
- › les médicaments, le matériel, les fournitures de chirurgie ou les prothèses;
- › les vaccins, sérums, médicaments et préparations biologiques mentionnés dans les articles 106 et 108 du *Règlement du Nouveau-Brunswick 88-200* établi en vertu de la *Loi sur la santé*;
- › les consultations ou les renouvellements d'ordonnance par téléphone qui ne sont pas expressément prévus dans le Cahier des tarifs;
- › l'examen de dossiers médicaux ou les certificats demandés par un tiers ou d'autres services prescrits par les règlements administratifs régissant l'hôpital ou le personnel médical;
- › les services dentaires fournis par un médecin ou un chirurgien buccal et maxillo-facial;
- › les services qui sont généralement considérés au Nouveau-Brunswick comme expérimentaux ou qui sont fournis à titre de recherche appliquée;
- › les services fournis conjointement ou en rapport avec les services ci-dessus;
- › les témoignages devant une cour ou tout autre tribunal;
- › l'immunisation, les examens ou les certificats aux fins de voyage, d'emploi, d'émigration ou d'assurance, ou faits à la demande d'un tiers;
- › les services fournis par des médecins ou des chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux aux membres de leur famille immédiate;
- › la psychanalyse;
- › l'électrocardiographie (ECG) lorsqu'elle n'est pas effectuée par un spécialiste en médecine interne ou en pédiatrie;
- › les actes de laboratoire non compris dans les honoraires d'examen ou de consultation;
- › les réfractions;
- › les services fournis dans la province par des médecins, des chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux ou des dentistes pour lesquels les honoraires excèdent le montant payable en vertu du présent Règlement;
- › l'ajustement et la fourniture de lunettes ou de lentilles de contact;
- › la chirurgie transsexuelle;

- › les services de radiologie fournis dans la province par une clinique de radiologie privée;
- › l'acupuncture;
- › les examens médicaux complets effectués dans le cadre d'un examen périodique et non par nécessité médicale;
- › la circoncision des nouveau-nés;
- › l'inversion de vasectomies;
- › une deuxième injection ou toute injection subséquente pour impuissance;
- › l'inversion d'une ligature des trompes;
- › l'insémination intra-utérine;
- › la chirurgie bariatrique, sauf si la personne a un indice de masse corporelle de 40 ou plus ou a un indice se situant entre 35 et 39 et souffre d'affections concomitantes liées à l'obésité;
- › la ponction veineuse lorsqu'elle est effectuée aux fins d'un prélèvement sanguin et en tant que procédure unique dans un établissement autre qu'un établissement hospitalier agréé.

Les services dentaires qui ne sont pas expressément énumérés à l'annexe 4 sur les soins dentaires ne sont pas couverts par le régime. Les services énumérés à l'annexe 2 sont considérés comme les seuls services médicaux non assurés. Il n'existe pas de politiques ni de lignes directrices spécifiques, autres que la Loi et son Règlement, pour garantir que les frais exigés pour des produits ou des services médicaux non assurés (p.ex. des plâtres en fibre de verre) fournis en combinaison avec un service de santé assuré ne compromettent pas l'accès satisfaisant aux services assurés.

La décision de retirer un service médical ou de chirurgie dentaire de la liste des services assurés est fondée sur la conformité du service à la définition de « médicalement nécessaire », sur l'examen des régimes de services médicaux en place partout au pays et sur l'utilisation antérieure du service visé. La *Loi sur le paiement des services médicaux* stipule qu'une fois le retrait du service décidé, le gouvernement ne peut apporter aucune modification au Règlement avant d'avoir reçu l'avis et les recommandations de la Société médicale du Nouveau-Brunswick ou avant que le délai imparti par le ministre à cette dernière pour fournir son avis et ses recommandations soit expiré. À la suite de la réception de l'avis et de la résolution de toutes les questions soulevées, une modification réglementaire est effectuée. Les médecins en sont informés par écrit à la suite de l'émission de l'avis d'approbation. Le public est habituellement informé par voie de communiqué. Aucun processus de consultation publique n'est utilisé.

En 2016–2017, aucun service n'a été supprimé de la liste des services assurés.

3.0 UNIVERSALITÉ

3.1 ADMISSIBILITÉ

Les articles 3 et 4 de la *Loi sur le paiement des services médicaux* et du *Règlement 84-20* définissent l'admissibilité au régime d'assurance-santé du Nouveau-Brunswick.

Les habitants doivent remplir une demande à l'assurance-santé et fournir une preuve d'identité, une preuve de résidence, une preuve de citoyenneté canadienne, ou un document d'immigration canadien valide. Un habitant est défini comme une personne légalement autorisée à être ou à demeurer au

Canada, qui élit domicile et est habituellement présente au Nouveau-Brunswick; sont exclus les touristes, les personnes de passage et les visiteurs dans la province.

Au 31 mars 2017, 761 157 personnes étaient inscrites au régime du Nouveau-Brunswick.

Toute personne qui entre ou qui revient au Nouveau-Brunswick (exception faite des enfants adoptés à l'extérieur du Canada) se voit imposer une période de carence avant de devenir admissible au régime d'assurance-santé. La couverture débute le premier jour du troisième mois suivant le mois d'arrivée.

Les cas qui suivent font exception :

- › Le conjoint ou la personne à charge d'un membre des Forces canadiennes qui arrive au Nouveau-Brunswick en provenance de l'extérieur du Canada a droit au statut de bénéficiaire au premier jour de son arrivée s'il est réputé avoir établi sa résidence permanente dans la province.
- › Les immigrants ou les habitants canadiens qui arrivent ou reviennent dans la province ont droit au statut de bénéficiaire au premier jour de leur arrivée s'ils sont réputés avoir établi leur résidence permanente dans la province. Ces personnes doivent présenter des documents à l'appui d'Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada. Les décisions sur l'admissibilité ou la résidence sont prises au cas par cas.

Les habitants qui ne sont pas admissibles au régime d'assurance-santé sont :

- › les membres réguliers des Forces canadiennes;
- › les détenus des établissements fédéraux;
- › les résidents temporaires;
- › un membre d'une famille qui déménage d'une autre province au Nouveau-Brunswick avant les autres membres de sa famille;
- › les personnes en provenance d'une autre province qui sont entrées au Nouveau-Brunswick dans le but de poursuivre leurs études et qui sont admissibles à la couverture du régime de services médicaux de leur province d'origine;
- › les non-Canadiens titulaires de certains types de permis d'autorisation canadiens (p. ex. un permis d'étude).

Au Nouveau-Brunswick, les personnes congédiées ou libérées des Forces canadiennes, ou les détenus d'un établissement fédéral, sont admissibles au régime à compter de la date de leur congédiement ou de leur libération. Ils doivent remplir une demande, la signée et fournir une preuve de citoyenneté canadienne, une preuve de résidence et aussi indiquer la date officielle de leur libération.

3.2 AUTRES CATÉGORIES DE PERSONNES

Les non-Canadiens titulaires d'un permis d'immigration qui, normalement, ne les autoriserait pas à bénéficier de la couverture de l'assurance-santé sont admissibles s'ils sont légalement mariés à un habitant admissible du Nouveau-Brunswick ou s'ils sont conjoints de fait ou considérés comme une personne à charge d'un habitant admissible, et s'ils possèdent toujours un permis d'immigration valide. Ils doivent fournir un document d'immigration à jour avant l'expiration de leur permis.

Les enfants qui sont nés à l'extérieur du pays dont au moins un des parents est citoyen canadien satisfont aux critères d'admissibilité du parent à leur retour dans la province.

Les étudiants étrangers, qui sont considérés comme des visiteurs dans la province, ne sont pas admissibles au régime d'assurance-santé.

4.0 TRANSFÉRABILITÉ

4.1 PÉRIODE D'ATTENTE MINIMALE

Une personne est admissible à l'assurance-santé du Nouveau-Brunswick le premier jour du troisième mois suivant le mois où elle s'est établie en permanence dans la province. La période d'attente de trois mois est imposée par la *Loi sur le paiement des services médicaux* du Nouveau-Brunswick. Voir la section 3.1 du présent document pour les exceptions.

4.2 COUVERTURE DURANT DES ABSENCES TEMPORAIRES AU CANADA

Les paragraphes 3(4) et 3(5) du *Règlement 84-20* établi en vertu de la *Loi sur le paiement des services médicaux* définissent la transférabilité de l'assurance-santé pendant une absence temporaire ailleurs au Canada.

L'admissibilité des personnes suivantes au régime de services médicaux peut être prolongée sur demande dans le cas d'absences temporaires :

- › les étudiants qui fréquentent à temps plein un établissement d'enseignement à l'extérieur du Nouveau-Brunswick;
- › les habitants qui travaillent temporairement dans une autre province ou un territoire;
- › les habitants qui doivent voyager à l'extérieur de la province pour le travail.

Étudiants

Les étudiants qui fréquentent à temps plein une université ou un autre établissement d'enseignement approuvé et qui quittent la province pour poursuivre leurs études dans une autre province bénéficieront d'une couverture pour une période de 12 mois renouvelable aux conditions suivantes :

- › ils doivent communiquer avec l'assurance-santé tous les 12 mois;
- › ils ne doivent pas avoir établi leur résidence permanente à l'extérieur du Nouveau-Brunswick;
- › ils ne doivent pas bénéficier d'une assurance-santé ailleurs.

Habitants

Les habitants qui travaillent temporairement dans une autre province ou un territoire bénéficient d'une couverture pouvant aller jusqu'à 12 mois, s'ils respectent les conditions suivantes :

- › ils ne doivent pas avoir établi leur résidence permanente à l'extérieur du Nouveau-Brunswick;
- › ils ne doivent pas bénéficier d'une assurance-santé ailleurs.

Le Nouveau-Brunswick a conclu des ententes officielles pour la facturation réciproque des services hospitaliers assurés avec l'ensemble des provinces et des territoires du Canada. Le Nouveau-Brunswick a également conclu des ententes réciproques avec toutes les provinces, à l'exception du Québec, pour la prestation de services médicaux assurés. Les services fournis par des médecins du Québec à des habitants du Nouveau-Brunswick sont payés selon le tarif en vigueur au Québec, à condition que les services fournis soient assurés au Nouveau-Brunswick. La majorité des réclamations de cette nature proviennent directement des médecins du Québec. Toute réclamation soumise directement par un patient est remboursée à ce dernier.

4.3 COUVERTURE DURANT DES ABSENCES TEMPORAIRES À L'EXTÉRIEUR DU CANADA

Les paragraphes 3(4) et 3(5) du *Règlement 84-20* établi en vertu de la *Loi sur le paiement des services médicaux* définissent la transférabilité de l'assurance-santé durant des séjours temporaires à l'extérieur du Canada.

L'admissibilité des habitants du Nouveau-Brunswick qui s'absentent temporairement à l'extérieur du Canada est déterminée conformément à la *Loi sur le paiement des services médicaux*.

Les habitants qui travaillent temporairement à l'extérieur du Canada bénéficient d'une couverture de 182 jours. Cette période peut être prolongée jusqu'à 12 mois dans une période de trois ans avec l'approbation du directeur des Services de l'assurance-maladie – admissibilité et réclamations. Font exception les travailleurs mobiles et les travailleurs contractuels.

La couverture de toute absence de plus de 212 en raison de vacances, nécessite l'approbation du directeur des Services de l'assurance-maladie – admissibilité et réclamations. Cette approbation ne peut être accordée que pour une période maximale de 12 mois et ne sera accordée qu'une fois tous les trois ans.

Les habitants du Nouveau-Brunswick qui s'absentent pour plus de 12 mois doivent présenter une nouvelle demande d'assurance-santé à leur retour dans la province. Les demandes sont étudiées au cas par cas. Selon les circonstances, certaines personnes pourraient être admissibles à la protection dès l'arrivée, alors que d'autres, ayant été absentes de la province pendant une période légèrement supérieure à 12 mois, pourraient se voir accorder un délai de grâce.

Un habitant assuré qui reçoit des services d'urgence assurés à l'extérieur du pays est admissible à un remboursement de 100 \$ par jour d'hospitalisation et de 50 \$ par visite en consultation externe. L'habitant assuré est remboursé pour les services médicaux liés au traitement d'urgence au tarif en vigueur au Nouveau-Brunswick. La différence entre les tarifs est à la charge du patient.

Travailleurs mobiles

Les travailleurs mobiles sont des habitants dont l'emploi exige qu'ils voyagent à l'extérieur de la province (pilotes, etc.). Les conditions suivantes doivent être respectées pour être désigné travailleur mobile :

- › une demande écrite doit être soumise;
- › il faut fournir de la documentation attestant le statut de travailleur mobile, comme une lettre de l'employeur ou un contrat confirmant la nécessité de déplacements fréquents à l'extérieur de la province, une lettre de l'habitant précisant que sa résidence permanente est située au

Nouveau-Brunswick et indiquant à quelle fréquence il revient dans la province, une copie du permis de conduire du Nouveau-Brunswick et, si la personne travaille à l'extérieur du Canada, une copie des documents d'immigration qui l'autorisent à travailler à l'extérieur du pays;

- › le travailleur doit retourner au Nouveau-Brunswick pendant ses congés.

Le statut de travailleur mobile est attribué pour une période maximale de deux ans, après quoi l'habitant du Nouveau-Brunswick doit soumettre une nouvelle demande et fournir à nouveau de la documentation pour confirmer qu'il est toujours travailleur mobile.

Travailleurs contractuels

Tout habitant du Nouveau-Brunswick qui accepte un contrat à l'extérieur du pays doit fournir les renseignements et les documents suivants :

- › une lettre de demande de l'habitant du Nouveau-Brunswick portant sa signature, des précisions sur son absence, le numéro d'assurance-santé, l'adresse, les dates de départ et de retour, la destination, l'adresse de réexpédition et la raison de l'absence;
- › une copie de l'entente contractuelle conclue entre l'employé et l'employeur qui précise les dates de début et de fin de l'emploi.

Le statut de travailleur contractuel est attribué pour une période maximale de deux ans. Toute demande additionnelle de statut de travailleur contractuel doit être transmise au directeur des Services de l'assurance santé (l'admissibilité et les réclamations) à des fins d'approbation au cas par cas.

Étudiants

Les étudiants qui fréquentent à temps plein une université ou un autre établissement d'enseignement approuvé dans un autre pays bénéficient de la couverture pour une période de 12 mois renouvelable aux conditions suivantes :

- › ils doivent fournir une preuve d'inscription à un établissement d'enseignement chaque année;
- › ils doivent communiquer avec les bureaux de l'assurance-santé tous les 12 mois;
- › ils ne doivent pas avoir établi leur résidence permanente à l'extérieur du Nouveau-Brunswick;
- › ils ne doivent pas bénéficier d'une assurance-santé ailleurs.

4.4 NÉCESSITÉ D'UNE APPROBATION PRÉALABLE

L'assurance-santé couvre les services fournis à l'étranger qui ne sont pas offerts au Canada, à la suite d'une approbation préalable seulement. Les habitants peuvent choisir d'obtenir des services non urgents, à l'étranger; toutefois, ceux qui reçoivent de tels services assumeront la responsabilité de la totalité des coûts.

Les habitants du Nouveau-Brunswick peuvent être admissibles au remboursement de services médicaux non urgents fournis à l'étranger; à condition qu'ils remplissent les conditions suivantes :

- › le service requis ou un service équivalent, ou un autre service n'est pas disponible au Canada;

- › le service est fourni dans un hôpital figurant sur la liste de l'édition courante de l'American Hospital Association Guide to the Health Care Field (guide des hôpitaux des États-Unis, des systèmes de soins de santé, des réseaux, des alliances, des organismes de santé, des agences et des fournisseurs de soins);
- › le service est fourni par un médecin;
- › le service constitue une méthode de traitement acceptée reconnue par la communauté médicale et doit être considéré par la communauté médicale comme scientifiquement fondé au Canada. Les interventions expérimentales ne sont pas couvertes.

Si les conditions susmentionnées sont remplies, il est obligatoire de demander l'approbation préalable de l'assurance-santé pour bénéficier d'une couverture. Un médecin, un patient ou un membre de la famille de ce dernier peut présenter une demande d'approbation préalable pour recevoir ces services à l'étranger, accompagnée de documents à l'appui provenant d'un ou de plusieurs spécialistes du Canada.

Un bénéficiaire qui est en désaccord avec la décision du régime d'assurance-maladie sur son cas ou celui d'un membre de sa famille immédiate peut faire appel au Comité d'appel des services assurés. Les appels portent par exemple sur la décision concernant l'admissibilité, le refus de payer une demande pour des services admissibles ou le montant versé pour une demande. Le Comité est formé de membres du grand public, qui se réunissent de trois à quatre fois par année, selon le nombre de cas. Le Comité examine chaque cas et présente ses recommandations au ministre de la Santé, qui est responsable de la décision définitive dans le dossier d'appel.

Les services assurés offerts à l'étranger, mais non offerts au Canada qui ne sont pas expérimentaux et qui ont été approuvés au préalable sont payés en totalité. Souvent, le montant payable est négocié avec le fournisseur par Europ Assistance – Global Corporate Solutions au nom de la province.

L'hémodialyse n'est pas assujettie à la politique de couverture à l'étranger. Les patients doivent obtenir une approbation préalable, et l'assurance-santé remboursera l'habitant à un tarif équivalant au tarif interprovincial de 472 \$ la séance.

Une approbation préalable est également exigée pour l'aiguillage de patients vers des hôpitaux psychiatriques et des centres de lutte contre la toxicomanie situés à l'extérieur de la province, car ces établissements sont exclus de l'Entente interprovinciale de facturation réciproque. Les services de lutte contre la toxicomanie ou les services de santé mentale du ministère de la Santé doivent faire une demande d'approbation préalable auprès des responsables de l'assurance-santé.

5.0 ACCESSIBILITÉ

5.1 ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ ASSURÉS

Le système de santé du Nouveau Brunswick offre des soins de qualité équitables à sa clientèle. Au Nouveau-Brunswick aucuns frais ne sont permis pour des services de santé assurés, conformément à la *Loi canadienne sur la santé*.

La langue officielle d'un habitant n'est pas un facteur de limitation, quel que soit l'endroit dans la province où cet habitant reçoit des services.

L'amélioration de l'accès aux soins primaires et aux soins de courte durée est un pilier du Plan du Nouveau-Brunswick pour les familles. Ce plan vise à améliorer la vie de tous les habitants en agissant sur les facteurs qui ont la plus grande incidence sur la santé et le mieux-être. Il présente les sept principaux domaines dans lesquels le gouvernement centrera ses efforts : améliorer l'accès aux soins primaires et aux soins de courte durée, promouvoir le mieux-être, soutenir les personnes ayant des problèmes de santé mentale, faciliter le vieillissement en santé et le soutien aux aînés, faire progresser l'égalité des femmes, réduire la pauvreté et fournir un soutien aux personnes ayant un handicap. Dans le cadre du Plan, le gouvernement a annoncé différents investissements en 2016–2017 dans le but d'améliorer l'accès aux services de santé. Parmi ces investissements, notons :

- › la modernisation de la lagune qui traite les eaux usées de l'hôpital Stella-Maris-de-Kent;
- › la restauration, la préservation et la protection de l'infrastructure essentielle à l'hôpital HôtelDieu de Saint-Joseph, à Perth-Andover;
- › l'agrandissement et la rénovation du Centre de santé de Paquetville;
- › la poursuite des travaux d'agrandissement pour l'ajout d'un nouveau bloc opératoire au Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont, à Moncton;
- › la création du Centre de santé communautaire du centre-ville de Fredericton – fruit d'un partenariat du Réseau de santé Horizon et de l'Université du Nouveau-Brunswick – pour assurer la prestation de services de santé intégrés et mener des activités d'éducation et de recherche dans un milieu de soins de santé primaires. En plus de fournir des soins de santé primaires interdisciplinaires, le Centre, ayant officiellement ouvert ses portes le 17 mars 2017, favorise l'exploration et l'innovation dans la prestation de services de santé communautaires et la recherche appliquée en santé;
- › la construction d'unités distinctes pour les soins intensifs néonataux, la maternité et les nouveau-nés, ainsi que la rénovation et l'amélioration des aires de soins cardiaques à l'Hôpital de Moncton;
- › l'expansion de l'Hôpital régional Dr Everett Chalmers, à Fredericton, afin d'ajouter un nouveau bloc opératoire et une salle de réveil ainsi qu'une unité de chirurgie d'un jour, une unité de soins intensifs, une unité d'intervention ambulatoire, une unité centrale de stérilisation, une unité de prélèvement d'échantillons et une unité pour les dossiers cliniques. Une unité de gynécologie et de soins maternels et néonataux fera également partie des projets d'expansion;
- › la restructuration et la modernisation de l'unité de soins intensifs et des services de chirurgie et d'oncologie à l'Hôpital régional de Saint John.

5.2 RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS

Les paiements aux médecins et aux dentistes sont régis par les *Règlements 84-20, 93-143 et 2002-53* établis en vertu de la *Loi sur le paiement des services médicaux*.

Au Nouveau-Brunswick, les modes de rémunération des médecins pour la prestation de services de santé assurés sont la rémunération à l'acte, le salariat, la rémunération à la vacation ou d'autres modes de rémunération qui peuvent aussi être mixtes.

5.3 PAIEMENTS AUX HÔPITAUX

Les autorités législatives qui régissent les paiements aux établissements hospitaliers au Nouveau-Brunswick sont la *Loi hospitalière*, qui régit l'administration des hôpitaux, et la *Loi sur les services hospitaliers*, qui régit le financement des hôpitaux. La *Loi sur les régies régionales de la santé* prévoit la prestation et l'administration des services de santé au sein de régions géographiques définies de la province.

Le Ministère distribue principalement les fonds disponibles aux régies régionales de la santé (RRS) du Nouveau-Brunswick selon la méthode du niveau de service actuel. La base de financement de la RRS de l'année précédente est le point de départ, à laquelle s'ajoutent les augmentations de salaire approuvées et un indice d'inflation pour les postes non salariaux. Cette méthode s'applique à tous les services cliniques fournis par les hôpitaux ainsi qu'aux services de soutien (administration, services alimentaires, etc.). Le financement du Programme extra-mural (soins à domicile) fait également partie de la base de financement des RRS.

Le financement de Service Nouveau-Brunswick, organisme de services partagés qui gère la technologie de l'information, le matériel, la buanderie et les composantes d'ingénierie clinique des hôpitaux du Nouveau-Brunswick, est également fondé sur la méthode du niveau de service actuel.

Toute demande de financement d'un nouveau programme ou service est présentée au sous-ministre de la Santé pour approbation. Les nouveaux programmes ou services approuvés sont financés selon les besoins, lesquels sont déterminés à l'occasion de discussions entre le ministère de la Santé et le personnel des RRS. Ces montants sont ajoutés à la base de financement une fois qu'il y a une entente sur les exigences en matière de financement.

6.0 RECONNAISSANCE ACCORDÉE AUX TRANSFERTS FÉDÉRAUX

Le Nouveau-Brunswick reconnaît couramment le rôle du gouvernement fédéral en ce qui a trait aux contributions versées au titre du Transfert canadien en matière de santé dans les documents publics présentés au cours des processus législatifs ou administratifs. Les transferts fédéraux sont indiqués dans le budget principal des dépenses et dans les Comptes publics du Nouveau-Brunswick. Ces deux documents sont publiés annuellement par le gouvernement du Nouveau-Brunswick.

PERSONNES INSCRITES

Année	2012–2013	2013–2014	2014–2015	2015–2016	2016–2017
1. Nombre en date du 31 mars (#)	748 570	749 613	750 691	754 522	761 157

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE

ÉTABLISSEMENTS PUBLICS

Année	2012–2013	2013–2014	2014–2015	2015–2016	2016–2017
2. Nombre (#)	59	60	61	62	62
3. Paiements pour des services de santé assurés (\$)	1 736 939 230	1 771 731 561	1 876 686 329	1 666 482 214	1 704 602 299

ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS À BUT LUCRATIF

Année	2012–2013	2013–2014	2014–2015	2015–2016	2016–2017
4. Nombre d'établissements privés à but lucratif offrant des services de santé assurés (#) ¹	0	0	0	0	0
5. Paiements aux établissements privés à but lucratif pour des services de santé assurés (\$) ¹	0	0	0	0	0

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS AUX RÉSIDENTS DANS UNE AUTRE PROVINCE OU UN AUTRE TERRITOIRE

Année	2012–2013	2013–2014	2014–2015	2015–2016	2016–2017
6. Nombre total de demandes patients hospitalisés (#)	4 820	5 175	4 476	4 882	5 013
7. Total des paiements patients hospitalisés (\$)	48 373 187	56 033 200	44 805 445	51 746 542	54 943 694
8. Nombre total de demandes patients externes (#)	60 927	52 858	55 412	49 180	53 322
9. Total des paiements patients externes (\$)	21 213 988	19 086 912	20 236 157	18 099 035	21 439 060

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA

Année	2012–2013	2013–2014	2014–2015	2015–2016	2016–2017
10. Nombre total de demandes patients hospitalisés (#)	274	209	150	212	212
11. Total des paiements patients hospitalisés (\$)	202 669	254 241	239 512	227 190	501 255
12. Nombre total de demandes patients externes (#)	1 080	1 004	882	1 119	1 059
13. Total des paiements patients externes (\$)	286 912	286 584	354 378	690 382	328 293

¹ Aucun établissement privé à but lucratif n'est exploité au Nouveau-Brunswick.

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE

Année	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017
14. Nombre de médecins participants (#) ²	1 640	1 635	1 631	1 652	1 666
15. Nombre de médecins ayant opté pour le retrait du régime d'assurance-santé (#)	0	0	0	0	0
16. Nombre de médecins non participants (#)	0	0	0	0	0
17. Total des paiements des services médicaux rémunérés pour l'ensemble des méthodes de paiement (\$) ³	581 432 080	554 684 438	577 131 145	582 756 568	596 481 038
18. Total des paiements des services médicaux rémunérés à l'acte (\$)	307 211 084	306 411 123	325 012 469	359 837 199	371 926 128

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS AUX RÉSIDENTS DANS UNE AUTRE PROVINCE OU UN AUTRE TERRITOIRE

Année	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017
19. Nombre de services (#)	210 727	254 378	194 660	240 172	239 484
20. Total des paiements (\$)	15 089 061	22 127 528	18 284 577	21 436 423	24 954 879

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA

Année	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017
21. Nombre de services (#)	6 425	4 714	2 621	2 028	2 173
22. Total des paiements (\$)	397 912	315 078	246 305	278 398	232 495

SERVICES DE CHIRURGIE DENTAIRE ASSURÉS FOURNIS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE

Année	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017
23. Nombre de dentistes participants (#) ⁴	20	21	18	19	10
24. Nombre de dentistes ayant opté pour le retrait du régime d'assurance-santé (#) ^a					sans objet
25. Nombre de dentistes non participants (#) ^a					sans objet
26. Nombre de services fournis (#)	4 949	2 083	2 311	1 830	2 466
27. Total des paiements (\$)	663 654	718 088	618 627	498 480	699 799

^a Santé Canada a demandé cette donnée à partir du rapport de 2016-2017, mais n'a pas demandé aux provinces ni aux territoires de la rapporter pour les années précédentes.

² Nombre de médecins participant activement au régime le 31 mars de chaque année.

³ Montants préliminaires comprenant les montants prévus au budget pour les autres modes de rémunération. La rémunération à l'acte ne comprend que la rémunération automatisée à l'acte.

⁴ Nombre de dentistes et de spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale (CBMF) participant au régime des services médicaux du Nouveau-Brunswick chaque exercice. Des 100+ dentistes et spécialistes en CBMF inscrits, ceux-ci ont facturé le régime des services médicaux.

QUÉBEC

1.0 GESTION PUBLIQUE

1.1 RÉGIME D'ASSURANCE-SANTÉ ET AUTORITÉ PUBLIQUE

Le régime d'assurance hospitalisation du Québec est administré par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Les régimes d'assurance maladie et médicaments du Québec sont administrés par la Régie de l'assurance maladie du Québec (Régie), organisme public établi par le gouvernement du Québec et qui relève du ministre de la Santé et des Services sociaux.

1.2 LIENS HIÉRARCHIQUES

La *Loi sur l'administration publique* (L.R.Q., c. A-6.01) énonce les critères gouvernementaux pour la préparation de rapports sur la planification et la performance des autorités publiques, y compris le ministère de la Santé et des Services sociaux et la Régie de l'assurance maladie du Québec.

1.3 VÉRIFICATION DES COMPTES

Le régime d'assurance hospitalisation du Québec et les régimes d'assurance maladie et médicaments du Québec sont administrés par des autorités publiques sans but lucratif, et tous les livres et comptes sont vérifiés par le vérificateur général de la province.

2.0 INTÉGRALITÉ

2.1 SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS

Les services assurés aux personnes hospitalisées comprennent : l'hébergement et les repas; les soins infirmiers nécessaires; les fournitures chirurgicales courantes; les services de diagnostic; l'usage des salles d'opération, des salles d'accouchement et des installations d'anesthésie; les médicaments; les prothèses et les orthèses pouvant être intégrées à l'organisme humain; les produits biologiques et les préparations connexes; l'usage des installations de radiothérapie et de physiothérapie; les services fournis par le personnel du centre hospitalier.

Les services de consultation externe comprennent : les services cliniques de soins psychiatriques; les soins en électrochocs, l'insulinothérapie et la thérapie du comportement; les soins d'urgence; les soins en chirurgie mineure (chirurgie d'un jour); la radiothérapie; les services de diagnostic; la physiothérapie; l'ergothérapie; les services d'inhalothérapie, d'audiologie, d'orthophonie et d'orthoptique; d'autres services ou examens exigés par une loi du Québec.

D'autres services sont assurés : les services à des fins de contraception mécanique, hormonale ou chimique; les services de stérilisation chirurgicale, dont la ligature des trompes et la vasectomie; la réanastomose des trompes ou des canaux déférents; l'extraction de dent ou de racine lorsque l'état de santé du bénéficiaire nécessite des services hospitaliers.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux administre gratuitement un programme de transport par ambulance pour les personnes âgées de 65 ans ou plus selon les paramètres explicités à la politique provinciale de déplacement des usagers.

En plus des services de santé assurés de base, la Régie couvre également les services optométriques pour les personnes de moins de 18 ans et de 65 ans et plus et les prestataires d'une aide de dernier recours, les services dentaires pour les enfants de moins de 10 ans et les prestataires d'une aide financière de dernier recours, et les prothèses dentaires acryliques pour les prestataires d'une aide financière de derniers recours.

Elle couvre aussi, pour les habitants du Québec au sens de la *Loi sur l'assurance maladie* (L.R.Q.; c. A-29) remplissant les critères d'admissibilité propres à chaque programme, les prothèses, les orthèses, les appareils orthopédiques, les aides à la locomotion et à la posture; les prothèses auditives et les aides de suppléance à l'audition et les aides visuelles. Cette couverture s'applique exclusivement aux aides et appareils prévus aux règlements. Une aide financière est accordée pour les prothèses mammaires externes; les prothèses oculaires; les appareils fournis aux stomisés permanents ainsi que les vêtements de compression pour les personnes atteintes de lymphoedème.

Par ailleurs, en matière d'assurance médicaments, depuis le 1^{er} janvier 1997, la Régie couvre, outre les prestataires d'une aide financière de dernier recours et les personnes âgées de 65 ans ou plus, les résidents du Québec qui autrement n'auraient pas accès à un régime privé d'assurance médicaments. En 2016-2017, le régime public d'assurance médicaments couvre 3,6 millions de personnes assurées.

2.2 SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS

Les services assurés par ce régime comprennent les services médicaux et chirurgicaux rendus par les médecins participants au régime et qui sont requis au point de vue médical.

Les services de planification familiale déterminés par règlement, les services d'insémination artificielle, et les services requis à des fins de préservation de la fertilité déterminés par règlement qui sont rendus par un médecin participant.

2.3 SERVICES DE CHIRURGIE DENTAIRE ASSURÉS

Les services assurés par ce régime comprennent les services de chirurgie rendus dans un centre hospitalier ou un établissement universitaire déterminé par règlement, par les chirurgiens dentistes et les spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale.

2.4 SERVICES HOSPITALIERS, MÉDICAUX ET DE CHIRURGIE DENTAIRE NON ASSURÉS

Les services hospitaliers non assurés comprennent : la chirurgie plastique à visée purement esthétique; l'hébergement en chambre privée ou semi-privée à la demande du patient; la télévision; le téléphone; les médicaments et les produits biologiques prescrits après le congé du patient; les services auxquels le patient a droit en vertu de la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* ou d'autres lois fédérales ou provinciales.

Les services suivants ne sont pas considérés comme assurés notamment : tout examen ou service non relié à un processus de guérison ou de prévention de la maladie; la psychanalyse sous toutes ses formes, à moins que ce type de service ne soit rendu dans un établissement autorisé à cette fin par le ministre

de la Santé et des Services sociaux; tout service dispensé à des fins purement esthétiques; toute chirurgie réfractive, sauf dans les cas où il y a eu échec documenté au port de verres correcteurs ou de lentilles cornéennes pour de l'astigmatisme de plus de 3,00 dioptries ou de l'anisométrie de plus de 5,00 dioptries, mesurée au plan cornéen; toute consultation par voie de télécommunication ou par correspondance, sauf les services de télésanté visés par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*; tout service rendu par un professionnel à son conjoint ou à ses enfants; tout examen, toute expertise, tout témoignage, tout certificat ou toute autre formalité lorsqu'ils sont requis aux fins de la justice ou par une personne autre que celle qui a reçu un service assuré, sauf dans certains cas; toute visite faite dans le seul but d'obtenir le renouvellement d'une ordonnance; tout examen, tout vaccin, toute immunisation et toute injection lorsque le service est rendu à un groupe ou fourni à certaines fins; tout service rendu par un professionnel sur la base d'une entente ou d'un contrat avec un employeur, une association ou un organisme; tout ajustement de lunettes ou de lentilles cornéennes; toute ablation chirurgicale d'une dent ou d'un fragment dentaire faite par un médecin, à moins qu'un tel service ne soit rendu dans un centre hospitalier dans certains cas; tous les actes d'acupuncture; l'injection de substances sclérosantes et l'examen dispensé à cette occasion; la mammographie utilisée à des fins de dépistage, à moins que ce service ne soit rendu sur ordonnance médicale dans un lieu désigné par le ministre dans l'un ou l'autre des cas, soit à une bénéficiaire âgée de 35 ans ou plus et à la condition qu'un tel examen n'ait pas été subi par cette personne depuis un an; la thermographie, la tomodensitométrie, l'imagerie par résonance magnétique et l'usage des radionucléides in vivo chez l'humain, à moins que ces services ne soient rendus dans un centre hospitalier; l'ultrasonographie, à moins que ce service ne soit rendu, soit dans un centre hospitalier ou par un radiologiste ou encore, à des fins obstétricales, dans un centre local de services communautaires reconnu à cet effet; la tomographie optique du globe oculaire et l'ophtalmoscopie confocale par balayage laser du nerf optique, à moins que ces services ne soient rendus dans une installation maintenue par un établissement qui exploite un centre hospitalier ou qu'ils ne soient rendus dans le cadre du service d'injection intravitréenne d'un médicament antiangiogénique en vue du traitement de certaines pathologies; tout service de radiologie ou d'anesthésie rendu par un médecin, s'il est requis en vue de dispenser un service non assuré, à l'exception d'un service dentaire rendu dans un centre hospitalier, ou dans le cas d'un service de radiologie, s'il est requis par une personne autre qu'un médecin ou un dentiste; tout service de chirurgie transsexuelle, à moins qu'il ne soit rendu sur recommandation d'un médecin spécialiste en psychiatrie et dans un centre hospitalier reconnu à cet effet; tout service qui n'est pas associé à une pathologie et qui est rendu par un médecin à un bénéficiaire ayant entre 18 et 65 ans, à moins que ce bénéficiaire ne détienne un carnet de réclamation pour un problème de daltonisme ou de réfraction, dans le but d'obtenir ou de renouveler une ordonnance pour des lunettes ou des lentilles cornéennes, tout service de procréation assistée, sauf les services d'insémination artificielle y compris les services de stimulation ovarienne visés par la Loi.

3.0 UNIVERSALITÉ

3.1 ADMISSIBILITÉ

L'inscription à l'assurance hospitalisation n'est pas nécessaire; il suffit d'être inscrit à la Régie de l'assurance maladie du Québec pour établir l'admissibilité de la personne. Toute personne qui réside ou qui séjourne au Québec au sens de la *Loi sur l'assurance maladie* doit être inscrite à la Régie de l'assurance maladie du Québec pour bénéficier des services de santé hospitaliers.

Une personne dont l'admissibilité est refusée ou qui se croit lésée par une décision de la Régie de l'assurance maladie du Québec peut en demander la révision. La demande en révision se fait au moyen d'un avis écrit à la Régie exposant les motifs de la demande. Elle doit être faite dans les six mois de la date à laquelle le demandeur a été avisé de la décision.

En dernier recours, une personne peut contester devant le Tribunal administratif du Québec la décision dont elle a demandé la révision, dans les 60 jours de sa notification.

3.2 AUTRES CATÉGORIES DE PERSONNES

Les détenus des pénitenciers fédéraux ne sont pas assurés par le régime d'assurance maladie du Québec.

Certaines catégories de résidents, notamment les résidents permanents au sens de la *Loi sur l'immigration* et ceux qui s'établissent à nouveau au Canada deviennent admissibles au régime après un délai de carence pouvant aller jusqu'à trois mois, les personnes en provenance d'un autre pays qui reçoivent des prestations d'aide financière de dernier recours deviennent admissibles dès leur inscription.

Le personnel des Forces canadiennes ainsi que les membres de leur famille affectés au Québec en provenance d'une autre province ou d'un territoire canadien qui ont un statut leur permettant de s'établir, sont admissibles à la date de leur arrivée. Ceux qui n'ont pas acquis la qualité de résidents du Québec et les détenus des pénitenciers fédéraux deviennent assurés dès le premier jour de leur élargissement ou de leur libération.

Une couverture immédiate est fournie à certains travailleurs saisonniers, aux Canadiens rapatriés, aux ressortissants étrangers qui séjournent au Québec en vertu d'un programme officiel de bourses d'études ou de stages dans le cadre d'un programme officiel du ministère de l'Éducation, aux ressortissants étrangers admissibles en vertu d'une entente ou d'un accord conclu avec un pays ou une organisation internationale, ainsi qu'aux réfugiés.

Les ressortissants étrangers qui détiennent un permis de travail et qui séjournent au Québec pour y occuper une charge ou un emploi pour une période de plus de six mois peuvent être admissibles au régime après un délai de carence pouvant aller jusqu'à trois mois.

4.0 TRANSFÉRABILITÉ

4.1 PÉRIODE D'ATTENTE MINIMALE

Une personne qui s'établit au Québec après avoir quitté une province canadienne peut bénéficier du régime d'assurance maladie du Québec lorsqu'elle cesse d'avoir droit aux bénéfices de la province d'origine, pour autant qu'elle s'inscrive à la Régie et qu'elle respecte certaines conditions.

4.2 COUVERTURE DURANT DES ABSENCES TEMPORAIRES AU CANADA

Lorsqu'ils séjournent 183 jours ou plus à l'extérieur du Québec dans une province ou un territoire et pourvu qu'ils en avisent la Régie, les étudiants et les stagiaires à temps complet et sans rémunération peuvent conserver leur statut de résident du Québec. Dans le premier cas pendant au plus quatre années civiles consécutives et dans le deuxième cas, pendant au plus deux années civiles consécutives.

Il en est de même pour les personnes qui séjournent dans une autre province ou un territoire pour y occuper un emploi temporaire ou exécuter un contrat. Leur statut de résident peut être conservé pendant au plus deux années civiles consécutives.

Les personnes qui occupent un emploi ou exécutent un contrat hors du Québec pour le compte d'une société ou d'une corporation ayant son siège social ou une place d'affaires au Québec dont elles relèvent directement ou qui sont à l'emploi du gouvernement fédéral et en service hors du Québec, maintiennent également leur statut de résident de la province. Il en va de même pour les personnes qui séjournent à l'extérieur 183 jours ou plus sans excéder 12 mois au cours d'une même année civile, à condition que cette absence n'ait lieu qu'une fois tous les sept ans.

Les coûts des services assurés fournis par un professionnel de la santé et reçus par une personne assurée dans une autre province ou un territoire sont remboursés au moindre montant, soit le montant effectivement payé ou celui qui aurait été payé par la Régie pour de tels services au Québec. Cependant, le Québec a négocié une entente permanente avec l'Ontario de façon à ce que les médecins spécialistes d'Ottawa soient rémunérés selon le barème ontarien lorsqu'ils dispensent des soins spécialisés qui ne sont pas disponibles dans la région de l'Outaouais. Cette entente est entrée en vigueur le 1^{er} novembre 1989. À cet effet, la Régie rembourse le montant qui aurait été payé par la Régie pour de tels services au Québec. Le Centre intégré de services de santé et de services sociaux de l'Outaouais rembourse la différence entre le coût facturé par l'Ontario et le montant remboursé par la Régie initialement. Une entente semblable a été signée en décembre 1991 entre le Centre de santé de Témiscamingue et le Centre régional de santé de North Bay.

Les coûts des services hospitaliers reçus par une personne assurée dans une autre province ou un territoire sont remboursés selon les termes de l'entente de facturation réciproque des services assurés en matière d'assurance hospitalisation, convenu entre les provinces et territoires du Canada. Ces coûts sont remboursés soit au per diem établi pour l'hospitalisation en salle commune ou aux soins intensifs proposé par la province hôte et approuvé par l'ensemble des provinces et des territoires, ou au tarif interprovincial approuvé s'il s'agit de services fournis sur une base externe ou d'interventions coûteuses. Des services exclus des ententes interprovinciales mais prévus au programme provincial sont remboursés au tarif en vigueur.

Une personne assurée qui quitte le Québec pour s'établir dans une autre province ou un territoire du Canada demeure admissible à l'assurance maladie jusqu'à concurrence de trois mois après son départ mais cesse d'être admissible à l'assurance médicaments du Québec dès le jour de son départ.

4.3 COUVERTURE DURANT DES ABSENCES TEMPORAIRES À L'EXTÉRIEUR DU CANADA

Pour conserver son admissibilité au régime d'assurance maladie, une personne ne doit pas s'absenter du Québec 183 jours ou plus au cours d'une même année civile. Toutefois, les étudiants et les stagiaires à temps complet et sans rémunération peuvent conserver leur statut de résident du Québec pourvu qu'ils en avisent la Régie. Dans le premier cas pendant au plus quatre années civiles consécutives et dans le deuxième cas, pendant au plus deux années civiles consécutives.

Les personnes qui occupent un emploi ou exécutent un contrat hors du Québec pour le compte d'une société ou d'une corporation ayant son siège social ou une place d'affaires au Québec dont elles relèvent directement ou qui sont à l'emploi du gouvernement du Québec ou du Canada et en service

hors du Québec, maintiennent également leur statut de résident de la province. Il en va de même pour les personnes qui séjournent à l'extérieur 183 jours ou plus sans excéder 12 mois au cours d'une même année civile, à condition que cette absence n'ait lieu qu'une fois tous les sept ans.

Lors d'un séjour temporaire hors du Canada, la Régie rembourse, pour les étudiants, les stagiaires non rémunérés, les fonctionnaires québécois en poste à l'étranger et les employés d'un organisme sans but lucratif œuvrant dans le cadre d'un programme d'aide ou de coopération internationale reconnu par le ministre de la Santé et des Services sociaux, la totalité des frais liés aux services hospitaliers reçus en cas d'urgence et, dans les autres cas, 75 % des frais. Cependant, quand ces personnes vont en vacances à l'extérieur de leur lieu d'études, de stage ou de travail, cette couverture n'est plus en vigueur : la couverture habituelle des services hospitaliers s'applique.

Les résidents du Québec qui séjournent à l'étranger pour y étudier ou travailler, sont couverts par le régime en vigueur dans le pays d'accueil lorsque ce séjour s'effectue dans le cadre d'une entente de sécurité sociale conclue par le ministre de la Santé et des Services sociaux avec les pays visés.

Pour les résidents qui ne se trouvent pas dans l'une des situations précédentes et qui reçoivent des services assurés dans un centre hospitalier situé hors du Canada, la Régie rembourse le prix de ces services, lorsqu'ils sont devenus nécessaires à cause d'une maladie subite ou d'une situation urgente, jusqu'à concurrence d'un montant de 100 \$ CA par jour s'il y a eu hospitalisation, y compris le cas d'une chirurgie d'un jour, ou jusqu'à concurrence d'un montant de 50 \$ CA par jour pour les soins dispensés sur une base externe. Toutefois, les traitements d'hémodialyse sont payés jusqu'à concurrence de 220 \$ CA par traitement. Dans ces cas, la Régie rembourse les services professionnels associés au moindre montant, soit le montant effectivement payé ou celui qui aurait été payé par la Régie pour de tels services au Québec. Les services doivent être dispensés dans un hôpital ou un centre hospitalier reconnu et agréé par les autorités compétentes. Aucun remboursement n'est effectué pour des maisons de repos, des stations thermales ou d'autres endroits analogues, de même que pour tout service de nature expérimentale.

Les services assurés rendus par les médecins, les dentistes, les chirurgiens maxillo-faciale et les optométristes sont remboursés au tarif qui aurait été payé par la Régie à un professionnel de la santé reconnu du Québec, jusqu'à concurrence des frais réellement assumés. Lorsqu'ils sont dispensés à l'étranger, tous les services professionnels assurés par le Régime d'assurance maladie sont remboursés au tarif du Québec, habituellement en dollars canadiens.

Finalement, une personne assurée qui quitte le Québec pour s'établir en permanence dans un autre pays cesse, dès le jour de son départ, d'être assurée.

4.4 NÉCESSITÉ D'UNE APPROBATION PRÉALABLE

Pour recevoir le plein remboursement des services professionnels et hospitaliers ailleurs au Canada ou dans un autre pays, qui ne sont pas couverts en vertu des ententes, une demande écrite signée par deux médecins possédant l'expertise dans le domaine de la pathologie de la personne au bénéfice de laquelle l'autorisation est demandée doit être adressée préalablement à la Régie. Cette demande doit : être accompagnée d'un résumé du dossier médical de la personne assurée, décrire les services spécialisés requis par la personne assurée, doit attester de la non-disponibilité de ceux-ci au Québec ou au Canada et doit contenir les informations relatives au médecin traitant, le nom et l'adresse du centre hospitalier

dans lequel les services seraient fournis. Au terme de l'évaluation de la demande par la Régie, une autorisation de recevoir les services est donnée ou non. Aucune autorisation n'est donnée si le service est disponible au Québec ou s'il s'agit d'un service expérimental.

Une personne dont la demande est refusée ou qui se croit lésée par une décision de la Régie de l'assurance maladie du Québec peut en demander la révision. La demande en révision se fait au moyen d'un avis écrit à la Régie exposant les motifs de la demande. Elle doit être faite dans les six mois de la date à laquelle le demandeur a été avisé de la décision.

En dernier recours, une personne peut contester devant le Tribunal administratif du Québec la décision dont elle a demandé la révision, dans les 60 jours de sa notification.

5.0 ACCESSIBILITÉ

5.1 ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ ASSURÉS

Toute personne a le droit de recevoir des services de santé adéquats sans discrimination d'aucune sorte. Au Québec, la *Loi sur l'assurance maladie* ne permet pas l'imposition de frais modérateurs. Elle interdit de plus à toute personne d'exiger ou de recevoir tout paiement d'une personne pour des frais accessoires à un service assuré, sauf dans des cas prescrits par règlement et aux conditions qui y sont mentionnées. Si une personne croit que des frais lui ont été facturés à tort, elle peut en demander le remboursement à la Régie qui déterminera si les sommes ont été injustement payées. Le cas échéant, la RAMQ remboursera la personne assurée et récupèrera la somme auprès du professionnel de la santé ou de la clinique concernée. Il est également possible de rembourser les personnes assurées qui n'ont pas faits de demandes de remboursement si la Régie constate que des frais leurs ont été facturés illégalement.

Une situation qui semble illégale concernant les frais facturés à une personne assurée peut aussi être dénoncée à la Régie qui, après vérification, donnera les suites appropriées. Ces suites peuvent inclure une inspection ou une enquête sur les cliniques ou les professionnels visés.

Un accès accru aux services de santé et aux services sociaux pour la population constitue une priorité gouvernementale. Pour y arriver dans un contexte économique et budgétaire plus difficile, le Québec a misé sur une transformation du réseau de la santé et des services sociaux (réseau) et de sa gouvernance. C'est dans ce contexte qu'est entrée en vigueur, le 1^{er} avril 2015, la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (chapitre O-7.2) (LMRSSS). La LMRSSS a pour effet notamment :

- › de simplifier l'accès aux services de santé et aux services sociaux de même que le parcours de soins pour la population;
- › de favoriser une plus grande fluidité au sein des établissements par une véritable intégration des services offerts au patient;
- › d'assurer une meilleure circulation de l'information clinique du patient entre les divers intervenants;
- › d'accroître l'efficience et l'efficacité du réseau conférant une responsabilité populationnelle.

La LMRSSS est venue créer, pour la plupart des régions sociosanitaires, un centre intégré de santé et de services sociaux ou d'un centre intégré universitaire de santé et de services sociaux qui exploitent, généralement, l'ensemble des missions (CH, CHSLD, CLSC, CR et CPEJ).

De façon plus détaillée, au 31 mars 2017, le réseau de la santé et des services sociaux se compose de 141 établissements : 51 sont publics et 90 privés. Ces établissements gèrent 1649 installations ou lieux physiques où sont offerts des soins de santé et des services sociaux à la population du Québec.

Les 51 établissements publics sont administrés par 33 présidents-directeurs généraux ou directeurs généraux. Ils incluent les centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS), les centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS), ci-après appelés centres intégrés, ainsi que les établissements regroupés et les autres établissements qui ne sont ni fusionnés ni regroupés.

Chacun des 22 centres intégrés est un établissement issu de la fusion, au 1^{er} avril 2015, de tous les établissements publics d'une même région sociosanitaire, ou d'une partie de ceux-ci, et de l'agence de la santé et des services sociaux, le cas échéant. Neuf des 22 centres intégrés peuvent utiliser dans leur nom les mots « centre intégré universitaire de santé et de services sociaux » (CIUSSS) parce qu'ils se trouvent dans une région sociosanitaire où une université offre un programme complet d'études prédoctorales en médecine ou parce qu'ils exploitent un centre désigné institut universitaire dans le domaine social.

Pour leur part, les 29 autres établissements publics se distribuent ainsi :

- › 5 Centres hospitaliers universitaires (CHU) 1 institut universitaire (IU) et 1 institut non fusionnés à un centre intégré, rattachés au Ministère et offrant des services spécialisés et surspécialisés au-delà de leur région sociosanitaire d'appartenance, soit :
 - › CHU de Québec – Université Laval;
 - › Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval;
 - › Centre hospitalier de l'Université de Montréal;
 - › Centre universitaire de santé McGill;
 - › Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine;
 - › Institut de cardiologie de Montréal;
 - › Institut Philippe-Pinel de Montréal.
- › 5 établissements publics, non visés ou touchés par la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (chapitre O-7.2) (LMRSSH), desservent une population nordique ou autochtone.
- › 17 établissements publics regroupés en un centre intégré. Ces établissements n'ont pas fait l'objet de fusion avec d'autres établissements en vertu de la LMRSSH, mais ils sont administrés par le conseil d'administration du centre intégré auquel ils sont regroupés.

De plus, au 31 mars 2017, le Québec comptait 39 établissements publics et privés conventionnés avec une mission de centre hospitalier (CH) offrant des services diagnostiques et des soins médicaux généraux et spécialisés, dans les secteurs de la santé physique (CHSGS) ou de la santé mentale (soins psychiatriques: CHPSY). À la même date, on dénombrait 21 128 lits au permis pour la mission CH, soit 19 999 lits de soins généraux et spécialisés (CHSGS) et 1 129 lits de soins psychiatriques (CHPSY). Selon les données les plus récentes disponibles, dans les établissements hospitaliers du Québec, il y a eu entre le 1^{er} avril 2015 et le 31 mars 2016, 798 375 admissions pour des séjours de courte durée et 368 083 inscriptions en chirurgie d'un jour. Ces admissions ont représenté 6 973 728 jours d'hospitalisation.

En terminant, quatre réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) favorisent la concertation, la complémentarité ainsi que l'intégration des missions de soins, d'enseignement et de recherche dévolues aux établissements de santé et aux universités auxquelles ceux-ci sont affiliés. En plus des services offerts par les établissements publics, la population bénéficie des services des établissements privés qui offrent notamment des services en hébergement et des soins de longue durée.

Depuis 2002, les groupes de médecine de famille (GMF) ont incarné le modèle phare de l'organisation des soins et services de santé de première ligne au Québec. Les GMF favorisent le travail d'équipe, la collaboration interprofessionnelle, la responsabilité populationnelle des établissements ainsi que le développement de liens de confiance et de collaboration étroits entre patients et cliniciens. La révision du Cadre de gestion GMF a conduit à la création du Programme ministériel de financement et de soutien professionnel (ci-après le « Programme ». Le Programme GMF, mis en vigueur le 16 novembre 2015, offre un soutien financier et professionnel mieux adapté aux réalités des cliniciens et aux besoins des patients. Il introduit un financement équitable et axé sur le patient, un soutien professionnel additionnel (en plus du personnel infirmier, des travailleurs sociaux, d'autres professionnels de la santé et des services pharmaceutiques), une offre de services mieux balisée, un allègement des procédures administratives et une utilisation obligatoire du dossier médical électronique. L'adhésion volontaire des médecins et une structure de financement d'équipes incarnent ces assises. La base du modèle demeure, soit l'inscription de patients à un médecin du groupe et une offre de services permettant aux patients inscrits de profiter de services accessibles. La structure élémentaire des GMF impose d'assurer aux patients inscrits un accès raisonnable en temps opportun, comme en témoigne l'ajout d'une mesure d'assiduité des patients vis-à-vis le GMF auprès duquel ils sont inscrits. Le nouveau Programme actualise les modalités de financement et d'allocation des ressources tout en se voulant plus souple d'application. Il mise sur l'engagement professionnel des milieux cliniques à assurer des services accessibles, continus et de qualité. Au 31 mars 2017, le Québec comptait 302 GMF accrédités sur son territoire. À la même date, 6 des 52 cliniques réseau avaient obtenu leur désignation en tant que GMF-réseau, les autres étant en processus de l'obtenir.

5.2 RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS

Les médecins sont rémunérés selon les tarifs prévus et négociés. Le ministre peut conclure une entente avec les organismes représentatifs de toute catégorie de professionnels de la santé. Cette entente peut prévoir un taux de rémunération différent pour la fourniture des services médicaux dans un territoire où les effectifs de la santé sont considérés comme insuffisants.

La plupart des médecins exercent leur profession en conformité avec le régime provincial, mais le Québec permet deux autres options : celle des professionnels désengagés qui exercent leur profession en dehors des cadres du régime, mais qui acceptent d'être rémunérés suivant le tarif prévu par l'entente provinciale, et celle des professionnels non participants qui exercent leur profession en dehors des cadres du régime, de sorte que ni eux ni leurs patients ne reçoivent de remboursement de la Régie.

Selon les données les plus récentes disponibles, la Régie a versé en 2016–2017 un montant évalué à 7,7 milliards de dollars pour des services professionnels fournis à des résidents du Québec. Les services professionnels (incluant les remboursements aux personnes assurées et les paiements aux professionnels) reçus hors du Québec ont été évalués à 48,6 millions de dollars.

La Régie est responsable de l'application des ententes de rémunération des professionnels de la santé et du contrôle la rémunération versée aux professionnels de la santé. Elle a mis en place un cadre qui lui permet de bonifier ses contrôles, en fonction des risques identifiés, afin de s'assurer que la rémunération versée aux professionnels de la santé soit conforme aux modalités prévues aux ententes négociées. La Régie a diverses mesures de contrôles :

Mécanismes de sensibilisation

La Régie émet des avis au ministère de la Santé et des Services sociaux sur les enjeux et les risques en matière du contrôle du paiement de la rémunération des professionnels de la santé en fonction des ententes négociées. Ainsi, dans le cadre de ses analyses, les observations faites par la Régie peuvent conduire à l'émission d'avis sur différentes problématiques même si elles relèvent davantage de la pratique médicale ou de l'organisation des services.

Contrôles systématiques

Ces mesures visent l'ensemble de la facturation des professionnels de la santé ou d'une situation d'entente. Ils sont réalisés manuellement, informatiquement, par échantillonnage ou par monitoring (surveillance). Les contrôles systématiques peuvent être suivis par des contrôles spécifiques lorsque la Régie juge nécessaire d'approfondir l'analyse d'une situation chez un professionnel ou un groupe restreint de professionnel (voir section suivante).

Contrôles spécifiques (inspections, enquêtes, vérification des services rendus)

Elles visent la facturation d'un professionnel ou un groupe restreint de professionnels pour lesquels des pratiques ont été identifiées comme étant à risque de non-conformité ou potentiellement abusives ou frauduleuses. Une vérification spécifique peut aussi être déclenchée à la suite d'une plainte ou d'une dénonciation.

La Régie récupère les sommes versées indûment par mécanisme de compensation ou par recouvrement.

La Régie a un mécanisme de suivi afin de s'assurer que les professionnels ayant fait l'objet d'une facturation non conforme, abusive ou frauduleuse font l'objet d'une surveillance.

5.3 PAIEMENTS AUX HÔPITAUX

Le financement d'un centre hospitalier par le ministre de la Santé et des Services sociaux s'effectue par l'entremise de paiements en rapport avec le coût des services assurés fournis.

Les paiements versés en 2016-2017 aux établissements ayant mission de centre hospitalier pour les services de santé assurés fournis aux habitants du Québec se sont élevés à plus de 12,29 milliards de dollars, et les paiements versés pour des services hospitaliers aux centres hospitaliers des autres provinces ou hors du Canada se sont élevés à environ 234,88 millions de dollars.

ONTARIO

Le système de santé financé par l'État de l'Ontario est l'un des plus importants et des plus complexes au monde. Ce système est géré par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) de l'Ontario, et ses dépenses (y compris les dépenses d'immobilisations) ont dépassé 56 milliards de dollars au cours de 2016–2017.

1.0 GESTION PUBLIQUE

1.1 RÉGIME D'ASSURANCE-SANTÉ ET AUTORITÉ PUBLIQUE

Soins de santé de l'Ontario et planification des soins de santé

Le MSSLD gère le Régime d'assurance-santé de l'Ontario (RASO) sans but lucratif. Le RASO a été établi en 1972 et est géré depuis conformément à la *Loi sur l'assurance-santé* des lois refondues de l'Ontario, 1990, ch. H-6, pour offrir une assurance à l'égard des coûts des services assurés fournis aux habitants de l'Ontario (au sens de la *Loi sur l'assurance-santé*) dans les hôpitaux et les établissements de santé et par les médecins et les autres professionnels de la santé.

Le MSSLD offre des services au public au moyen notamment des programmes suivants : assurance-maladie, médicaments, appareils et accessoires fonctionnels, services psychiatriques médicolégaux et logement avec services d'appui, soins de longue durée, soins à domicile, santé communautaire et publique, ainsi que promotion de la santé et prévention des maladies. Il réglemente également les hôpitaux et les maisons de soins infirmiers, les laboratoires médicaux et les centres de prélèvement, et coordonne les services de soins d'urgence.

Les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) ont été établis en vertu de la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* (LISSL) afin d'améliorer la santé des Ontariens par un meilleur accès à des services de santé de haute qualité, des soins de santé coordonnés et la gestion efficace et efficiente du système de santé à l'échelle locale. Depuis le 1^{er} avril 2007, les RLISS sont entièrement responsables du financement, de la planification et de l'intégration des services de soins de santé à l'échelle locale, notamment ceux dispensés par les hôpitaux, les centres d'accès aux soins communautaires, les foyers de soins de longue durée, les centres de santé communautaire, les organismes de service de soutien communautaire, les organismes de santé mentale et les organismes de lutte contre la toxicomanie.

Le 7 décembre 2016, l'Ontario a adopté la *Loi de 2016 donnant la priorité aux patients*. Cette loi vise à améliorer l'accès aux services de soins de santé en plaçant les patients au centre d'un système de santé véritablement intégré. Cette loi vient aussi élargir le rôle des 14 RLISS de l'Ontario, en incluant la responsabilité pour les soins primaires, les soins à domicile et les soins en milieu communautaire, ainsi que le renforcement des liens de santé publique par l'entremise des médecins hygiénistes.

Pour appuyer ce mandat élargi, les rôles et responsabilités des 14 anciens centres d'accès aux soins communautaires ont été transférés aux RLISS. Chaque RLISS a aussi défini des sous-régions dans son territoire, pour mieux comprendre les besoins locaux des patients et y répondre. Les sous-régions serviront de centre de planification locale et de surveillance et gestion du rendement, en vue de soutenir l'établissement d'un système de santé véritablement intégré.

1.2 LIENS HIÉRARCHIQUES

En vertu de la *Loi sur l'assurance-santé*, le ministre de la Santé et des Soins de longue durée est responsable de la gestion et de l'application du RASO et représente l'autorité publique de l'Ontario pour l'application de la *Loi canadienne sur la santé* (LCS).

La Loi de 2006 sur LISSL oblige chaque RLISS à préparer un rapport annuel sur ses activités et ses opérations pour l'exercice précédent. La LISSL exige du ministre de déposer les rapports à l'Assemblée législative de l'Ontario. La directive sur les nominations des organismes du gouvernement de l'Ontario exige que chaque organisme gouverné par un conseil de l'Ontario (y compris les RLISS) prépare un rapport annuel.

Le MSSLD a conclu des ententes de responsabilisation avec chacun des RLISS dans lesquelles sont précisées les obligations, les mesures et les cibles. Les ententes prévoient aussi les affectations de financement par secteur, par exemple, les soins de longue durée à domicile et dans les hôpitaux. La LISSL confère aux RLISS le pouvoir de financer des fournisseurs de services de santé précisés et de conclure des ententes de responsabilisation à l'égard de services avec des fournisseurs de services de santé.

1.3 VÉRIFICATION DES COMPTES

Chaque année, le vérificateur général de l'Ontario rend son rapport d'examen des ressources et de l'administration du gouvernement. Le président de l'Assemblée législative dépose habituellement le rapport du vérificateur général à l'automne et il est alors mis à la disposition du public. Ce rapport annuel contient des rapports de vérification de certains secteurs du MSSLD que le vérificateur général a choisi d'examiner; le plus récent rapport annuel a été publié le 30 novembre 2016.

Les comptes du MSSLD sont publiés annuellement dans les Comptes publics de l'Ontario. Les Comptes publics de l'Ontario de 2016–2017 ont été déposés et publiés le 7 septembre 2017.

2.0 INTÉGRALITÉ

2.1 SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS

La *Loi sur l'assurance-santé* et le *Règlement 552* régissent les services hospitaliers assurés aux malades hospitalisés et aux malades externes en Ontario.

Les services hospitaliers assurés aux malades hospitalisés comprennent les services médicalement nécessaires suivants : l'utilisation des salles d'opération, des salles d'accouchement et des installations d'anesthésie; les services infirmiers nécessaires; les actes de laboratoire, de radiologie ou autres actes de diagnostic ainsi que les interprétations nécessaires pour préserver la santé, prévenir les maladies et aider à diagnostiquer et à traiter les blessures, les maladies et les incapacités; les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes; l'hébergement et les repas en salle commune.

Les services assurés aux malades externes comprennent les services médicalement nécessaires suivants : les actes de laboratoire, de radiologie ou autres actes de diagnostic; l'utilisation des installations de radiothérapie, d'ergothérapie, de physiothérapie et d'orthophonie, là où elles sont disponibles; l'utilisation des services de conseils diététiques; l'usage des salles d'opération et des installations d'anesthésie; les fournitures chirurgicales; les services infirmiers nécessaires; la fourniture de

médicaments, de produits biologiques et de préparations connexes (sous réserve de certaines exceptions); certains autres services déterminés, comme certain équipement fourni aux patients hémophiles pour usage à la maison; certains médicaments précis administrés à la maison.

Les services hospitaliers ne sont pas mentionnés expressément dans le *Règlement 552* de la *Loi sur l'assurance-santé*. Le *Règlement* énumère plutôt les grandes catégories de services, ce qui permet d'inclure les découvertes médicales et technologiques, une fois qu'elles sont reconnues dans la pratique.

La modification du *Règlement* est nécessaire pour ajouter une nouvelle grande catégorie de services hospitaliers à la liste des services assurés par le RASO. Le Cabinet approuve les modifications apportées au *Règlement*; généralement, un processus de consultation publique est tenu par l'entremise du Registre de la réglementation de l'Ontario.

Aucune modification réglementaire en vue de l'ajout de services hospitaliers n'a été effectuée en 2016–2017.

2.2 SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS

La *Loi sur l'assurance-santé* et son *Règlement* régissent les services médicaux assurés.

En vertu du *Règlement 552* de la *Loi sur l'assurance-santé*, un service dont la prestation est assurée par un médecin en Ontario constitue un service assuré s'il est médicalement nécessaire, s'il figure sur le barème des prestations pour les services médicaux et s'il est fourni dans les circonstances ou conditions précisées dans ce barème. Les médecins assurent la prestation de services médicaux, chirurgicaux et diagnostiques, dont des services de soins de santé primaires. Les services sont offerts dans une variété de cadres, comme les cabinets de médecins, les centres de santé communautaire, les hôpitaux, les établissements psychiatriques, les établissements de santé autonomes autorisés et les foyers de soins de longue durée.

En termes généraux, les services médicaux assurés sont les suivants : les consultations et les visites, pour le diagnostic et le traitement des états pathologiques, les soins de maternité; l'anesthésie, la vaccination, les injections et les interventions chirurgicales. Pour exercer en Ontario, un médecin doit être inscrit au tableau de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario et être établi en Ontario au moment où il rend ses services.

En 2016–2017, la plupart des médecins ont présenté directement au Régime d'assurance-santé de l'Ontario (RASO) leurs réclamations à l'égard de tous les services assurés fournis aux assurés, et un petit nombre de médecins ont facturé les montants aux personnes assurées. Le terme « médecin ayant opté pour le retrait du régime d'assurance-santé » désigne généralement les médecins qui ne facturent pas directement leurs services au RASO. Lorsqu'un médecin se retire du régime, il facture le service au patient, sans dépasser le montant du barème des prestations (cette pratique est autorisée en vertu d'une clause de maintien des droits acquis qui fait partie de la *Loi de 2004 sur l'engagement d'assurer l'avenir de l'assurance-santé*). Le patient recouvre ensuite ce montant auprès du régime.

Environ 30 900 médecins ont soumis des réclamations au RASO en 2016–2017. Ce chiffre comprend les médecins rémunérés à l'acte et ceux faisant partie d'autres régimes de rémunération qui ont soumis des réclamations pro forma ou de suivi. En 2016–2017, l'Ontario comptait 20 médecins qui s'étaient retirés du RASO.

Le barème des prestations pour les services médicaux fait régulièrement l'objet d'un examen et d'une révision afin de tenir compte de la pratique actuelle de la médecine et des nouvelles technologies. Des services peuvent être ajoutés, les services actuels peuvent être révisés et les services désuets peuvent être éliminés au moyen d'une modification réglementaire. Ce processus prévoit la consultation de l'Association médicale de l'Ontario.

En 2016–2017, une modification a été apportée au barème. La modification a été mise en œuvre le 1^{er} avril 2016 et était liée aux services d'échocardiographie.

2.3 SERVICES DE CHIRURGIE DENTAIRE ASSURÉS

Conformément à la *Loi canadienne sur la santé*, certains services de chirurgie dentaire sont établis en tant que services assurés au *Règlement 552* de la *Loi sur l'assurance-santé* et sont inscrits au barème des prestations pour les services dentaires. La *Loi sur l'assurance-santé* autorise le RASO à payer un nombre limité d'actes, à condition que l'acte soit médicalement nécessaire et que les services assurés soient fournis dans un hôpital public classé dans le groupe A, B, C ou D selon la *Loi sur les hôpitaux publics* par un chirurgien-dentiste faisant partie du personnel dentaire de cet hôpital public.

En général, les services dentaires assurés comprennent : les services de chirurgie buccale et maxillo-faciale qui devraient normalement être effectués à l'hôpital, les actes de résection de la racine et de curetage apical exécutés dans le cadre d'autres interventions dentaires assurées et les extractions dentaires effectuées à l'hôpital pour la sécurité des patients à risque élevé, sous réserve de l'approbation préalable du MSSLD.

Concernant les services de chirurgie dentaire assurés, le MSSLD consulte l'Association dentaire de l'Ontario pour apporter des modifications au barème des prestations pour les services dentaires – services dentaires.

En Ontario, pour l'exercice 2016–2017, 839 dentistes possédaient un numéro de facturation actif, 283 dentistes avaient facturé le RASO et 556 dentistes possédaient un numéro actif sans avoir facturé le RASO. En vertu de la *Loi de 2004 sur l'engagement d'assurer l'avenir de l'assurance-santé*, les dentistes doivent soumettre toutes leurs demandes de remboursement pour tout service de chirurgie dentaire assuré au RASO, c'est-à-dire qu'on leur interdit de facturer des services assurés. Aucun dentiste ne peut choisir de s'en retirer ou en être exempté en vertu d'un droit acquis.

2.4 SERVICES HOSPITALIERS, MÉDICAUX ET DE CHIRURGIE DENTAIRE NON ASSURÉS

Les services hospitaliers non assurés comprennent, sans toutefois s'y limiter : les chambres privées ou semi-privées à moins qu'aucune salle commune ne soit disponible ou si elles sont prescrites par un médecin, les services d'un chirurgien buccal et maxillo-facial ou d'une sage-femme en raison de l'état du patient; le téléphone et la télévision; les frais associés à certains services d'une infirmière particulière; la fourniture de médicaments à emporter à la maison, avec certaines exceptions.

L'article 24 du *Règlement 552* présente une liste de certains services médicaux et de soutien qui ne sont pas assurés.

Les services médicaux non assurés comprennent notamment : les services non médicalement nécessaires; les services qui ne sont pas inscrits au barème des prestations pour les services médicaux et les services qui sont exclus des services assurés aux termes de l'article 24 du *Règlement 552*.

Les services dentaires fournis dans les cabinets de dentiste ne sont pas assurés et les frais s'y rattachant doivent être assumés par les patients. C'est également le cas des services dentaires qui ne figurent pas dans le barème, comme la restauration prothétique (ponts fixes et prothèses dentaires) pour remplacer des dents, les traitements orthodontiques, les obturations et les couronnes.

Les plaintes concernant la facturation des services assurés, sont étudiées dans le cadre du programme de la *Loi de 2004 sur l'engagement d'assurer l'avenir de l'assurance-santé*. Des enquêtes sont menées pour déterminer si des frais ont été imposés à un patient pour des services assurés; elles visent notamment à déterminer si un montant global a été demandé pour un service assuré ou si des frais ont été demandés en tout ou en partie pour un service assuré. Si le Ministère découvre que des services assurés ont été imposés à un patient, il s'assure que le montant est remboursé au patient conformément à la *Loi de 2004 sur l'engagement d'assurer l'avenir de l'assurance-santé*.

3.0 UNIVERSALITÉ

3.1 ADMISSIBILITÉ

L'article 11 de la *Loi sur l'assurance-santé* précise que chaque habitant de l'Ontario a le droit de devenir un assuré aux termes du RASO, sur demande à cet effet. Pour être considéré comme un habitant de l'Ontario, sous réserve de certaines exceptions mentionnées dans le *Règlement*, il faut satisfaire aux exigences suivantes, énoncées dans le *Règlement 552* en vertu de la *Loi sur l'assurance santé*:

- › être citoyen canadien ou avoir le statut d'immigrant, conformément au *Règlement 552*;
- › établir sa résidence principale en Ontario;
- › sous réserve de certaines exceptions, être physiquement présent en Ontario pendant au moins 153 jours par période de 12 mois;
- › concernant la plupart des nouveaux habitants ou des habitants de retour dans la province, être physiquement présent en Ontario pendant 153 des 183 premiers jours suivant la date à laquelle la résidence a été établie en Ontario. Par exemple, une personne ne peut être absente de la province plus de 30 jours au cours de ses six premiers mois de résidence.

Les personnes ne satisfaisant pas à la définition d'habitant de l'Ontario ne sont pas admissibles à la couverture du RASO, comme les touristes, les personnes de passage, les personnes en visite dans la province et celles qui ne détiennent pas un statut d'immigrant ou un autre statut semblable défini dans le *Règlement*. Les services auxquels une personne a droit aux termes d'un régime fédéral ne sont pas assurés (par exemple, les services offerts aux détenus des pénitenciers fédéraux et aux membres des Forces canadiennes). Les services auxquels une personne a droit en vertu de la *Loi sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail* ne sont pas des services assurés en Ontario.

S'il est déterminé qu'une personne n'est pas ou n'est plus admissible à la couverture du RASO, une demande de révision de la décision peut être soumise par la personne au ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD). Toute personne peut faire une telle demande de révision par le MSSLD.

en s'adressant par écrit au Comité d'examen de l'admissibilité à l'Assurance-santé. Toute personne qui n'est pas satisfaite de la décision relative à son admissibilité au RASO peut porter son cas en appel auprès de la Commission d'appel et de révision des services de santé (CARSS).

Le MSSLD est le seul payeur des services médicaux, hospitaliers et de chirurgie dentaire assurés par le RASO. Un habitant de l'Ontario admissible ne peut obtenir d'un autre régime des prestations à l'égard de services assurés par le RASO (sauf au cours de la période d'attente imposée par le RASO).

La demande d'admissibilité d'une personne qui n'était auparavant pas admissible au RASO pourrait être acceptée lorsque son statut ou sa situation de résidence change sous réserve de satisfaire aux exigences du *Règlement 552*.

3.2 AUTRES CATÉGORIES DE PERSONNES

Le MSSLD fournit une couverture pour soins de santé à un nombre limité de catégories particulières d'habitants de l'Ontario qui ne sont ni citoyens canadiens, ni résidents permanents ou immigrants reçus.

Ces personnes doivent fournir des documents originaux acceptables attestant leur résidence en Ontario et leur identité, comme les demandeurs qui sont citoyens canadiens, résidents permanents ou immigrants reçus.

Les personnes énumérées ci-après qui habitent en Ontario peuvent être admissibles à la couverture du RASO, conformément au *Règlement 552* de la *Loi sur l'assurance-santé*. Elles doivent présenter en personne leur demande d'inscription à ServiceOntario, qui a le mandat de fournir les services de première ligne de l'ensemble du gouvernement aux habitants de l'Ontario, y compris la délivrance de la carte Santé de l'Ontario avec photo.

Demandeurs du statut de résident permanent : Ce sont les personnes qui ont présenté une demande de statut de résident permanent à Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada (IRCC) anciennement sous la désignation de Citoyenneté et Immigration Canada (CIC), et pour lesquelles IRCC a confirmé qu'elles satisfont aux conditions d'admissibilité pour présenter une demande de résidence permanente au Canada et que leur demande n'a pas déjà été refusée.

Personnes protégées / Réfugiés au sens de la convention : Ce sont les personnes qui sont réputées être des personnes protégées ou des réfugiés au sens de la convention en vertu de la *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés* du gouvernement fédéral. Les membres de ce groupe reçoivent une couverture immédiate du RASO.

Titulaires de permis de séjour temporaire : IRCC délivre un permis de séjour temporaire à une personne lorsqu'il existe des raisons impérieuses d'accepter la personne au Canada, qui serait autrement inadmissible en vertu de la *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés* du gouvernement fédéral. Chaque permis de séjour temporaire affiche un type de cas, ou désignation numérique, qui indique les circonstances autorisant l'entrée de la personne au Canada. Les personnes qui détiennent un permis correspondant aux types de cas 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95 ou 80 (si pour l'adoption) sont admissibles à la couverture du RASO. Les personnes qui détiennent un permis correspondant aux types de cas 80 (sauf pour l'adoption), 81, 84, 85 et 96 ne sont pas admissibles à la couverture du RASO.

Ecclésiastiques étrangers, travailleurs étrangers et membres de leurs familles les accompagnant :

un ecclésiastique étranger admissible est une personne qui est parrainée par une organisation ou une confession religieuse et qui a conclu une entente pour exercer son ministère auprès d'une congrégation ou d'un groupe religieux en Ontario pendant au moins six mois, pourvu qu'elle soit légalement autorisée à rester au Canada.

Un travailleur étranger est admissible à la couverture du RASO s'il a reçu d'IRCC un permis de travail ou tout autre document qui lui permet de travailler au Canada et s'il a conclu une entente officielle de travail à temps plein avec un employeur en Ontario. Le permis de travail ou le document délivré par IRCC ou encore une lettre fournie par l'employeur doit indiquer le nom de l'employeur ainsi que le poste que la personne occupera chez celui-ci, et préciser que la personne travaillera pour celui-ci pendant une période minimale de six mois consécutifs.

Un conjoint (ou conjointe) ou une personne à charge (âgée de moins de 22 ans, ou de 22 ans ou plus dans le cas où elle est à charge en raison d'une incapacité mentale ou physique) d'un ecclésiastique étranger ou d'un travailleur étranger admissible est également admissible à la couverture du RASO, pourvu qu'il soit légalement autorisé à rester au Canada.

Aides familiaux résidents : Les aides familiaux résidents admissibles sont des personnes qui détiennent un permis de travail valide, conformément au Programme concernant les aides familiaux résidents (PAFR) géré par le gouvernement du Canada. Concernant les travailleurs du PAFR, il n'est pas obligatoire que le permis de travail énumère les trois conditions d'emploi particulières requises visant tous les autres travailleurs étrangers.

Demandeurs de la citoyenneté canadienne : Ces personnes sont admissibles à la couverture du RASO si elles ont présenté une demande de citoyenneté canadienne aux termes de l'article 5.1 de la *Loi sur la citoyenneté* du gouvernement fédéral, même si leur demande n'a pas encore été approuvée, pourvu que IRCC ait confirmé que ces personnes remplissent les conditions d'admissibilité pour présenter une demande de citoyenneté en vertu de cette loi et que la demande n'ait pas été refusée.

Enfants nés à l'étranger : L'enfant d'une mère admissible au RASO ayant été transférée de l'Ontario pour recevoir des services de santé assurés dont le paiement a été préalablement approuvé est immédiatement admissible au RASO, pourvu que la mère fût enceinte au moment de son départ de l'Ontario.

Travailleurs agricoles saisonniers : Ces personnes détiennent un permis de travail conformément au Programme des travailleurs saisonniers agricoles géré par le gouvernement du Canada. En raison de la nature particulière de leur emploi, les travailleurs agricoles migrants n'ont à satisfaire à aucune autre exigence concernant la résidence et ont immédiatement droit à la couverture du RASO.

3.3 PRIMES

Les Ontariens n'ont à payer aucune prime pour être couverts par le RASO. Une contribution-santé de l'Ontario est prélevée par le système d'impôt sur le revenu provincial, mais elle n'est d'aucune façon liée à l'inscription ou à l'admissibilité au RASO. La responsabilité de la gestion de la contribution-santé de l'Ontario incombe au ministre des Finances de l'Ontario.

4.0 TRANSFÉRABILITÉ

4.1 PÉRIODE D'ATTENTE MINIMALE

Conformément à l'article 5 du *Règlement 552* en vertu de la *Loi sur l'assurance-santé*, les personnes qui déménagent en Ontario sont normalement admissibles à la couverture du Régime d'assurance-santé de l'Ontario (RASO) trois mois après l'établissement de leur résidence dans la province, à moins que les exceptions prévues à l'article 6, paragraphes 6.1, 6.2 ou 6.3 du *Règlement 552*, et au paragraphe 11(2.1) de la Loi ne s'appliquent.

L'évaluation visant à déterminer si la période d'attente interprovinciale est applicable a lieu lorsque la personne présente sa demande d'inscription au RASO. Les personnes exemptées de la période d'attente de trois mois les nouveau-nés, les membres de la famille de militaires admissibles et les habitants assurés d'une autre province ou d'un territoire qui déménagent en Ontario et deviennent immédiatement pensionnaires d'un établissement de soins de longue durée approuvé de l'Ontario.

Conformément au *Règlement 552* en vertu de la *Loi sur l'assurance-santé* et suivant l'Accord interprovincial sur l'admissibilité et la transférabilité, les personnes qui déménagent de façon permanente en Ontario en provenance d'une autre province ou d'un territoire du Canada où elles sont assurées seront normalement admissibles à la couverture du RASO après le dernier jour du deuxième mois complet suivant l'établissement de leur résidence (autrement dit, une « période d'attente interprovinciale. »)

4.2 COUVERTURE DURANT DES ABSENCES TEMPORAIRES AU CANADA

L'Ontario respecte les conditions de l'Accord interprovincial sur l'admissibilité et la transférabilité (AAT), selon l'article 1.6 du *Règlement 552* et conformément à l'AAT, un assuré qui quitte temporairement l'Ontario pour voyager au Canada, sans établir sa résidence dans une autre province ou un territoire, peut continuer d'être couvert par le RASO pendant une période maximale de 12 mois.

Un assuré qui accepte ou cherche temporairement un emploi dans une autre province ou un territoire peut continuer d'être couvert par le RASO pendant une période maximale de 12 mois. Si la personne prévoit rester à l'extérieur de l'Ontario plus de 12 mois, elle doit demander une couverture dans la province ou le territoire où elle cherche ou occupe un emploi.

Selon l'article 1.8 du *Règlement 552*, et conformément à l'AAT, les étudiants assurés qui sont temporairement absents de l'Ontario, mais qui demeurent au Canada peuvent être admissibles à une couverture d'assurance-santé continue pendant la durée de leurs études à temps plein, à la condition de ne pas établir leur résidence permanente ailleurs pendant cette période. Pour rester admissibles au RASO, les étudiants doivent fournir au MSSLD des documents ou des renseignements de leur établissement d'enseignement confirmant qu'ils sont inscrits à temps plein. Les membres assurés de leur famille (conjoint ou conjointe et personnes à charge) qui les accompagnent dans une autre province ou un territoire durant leurs études sont également admissibles à une couverture continue.

En outre, conformément aux articles 1.6 et 1.8 du *Règlement 552* de la *Loi sur l'assurance-santé*, la plupart des habitants assurés qui désirent voyager, travailler ou étudier à l'extérieur de l'Ontario, mais au Canada, et conserver la couverture du RASO, doivent avoir résidé dans la province pendant au moins 153 jours au cours de la période de 12 mois précédant immédiatement leur départ de l'Ontario.

Les paiements pour des services assurés fournis à l'extérieur de la province sont précisés aux articles 28, 28.0.1, 28.0.2 et 29 du *Règlement 552* de la *Loi sur l'assurance-santé*. Les habitants assurés qui sont temporairement à l'extérieur de l'Ontario peuvent utiliser leur carte Santé valide pour obtenir des services médicaux et hospitaliers assurés (sauf au Québec) habituellement gratuitement.

L'Ontario participe aux ententes de facturation réciproque destinée aux hôpitaux avec les autres provinces et les territoires pour les paiements des services d'hospitalisation et des services de consultation externe. Les tarifs sont fixés et approuvés chaque année par le Comité de coordination des ententes interprovinciales en assurance-santé. Le remboursement des services aux patients hospitalisés se fait selon les tarifs d'hospitalisation journaliers approuvés par l'hôpital. Le remboursement pour les services de consultation externe se fait selon le tarif normalisé approuvé pour les services de consultation externe.

L'Ontario participe également aux ententes de facturation réciproque des services médicaux assurés conclues entre les provinces et les territoires, à l'exception du Québec (qui ne participe pas à la facturation réciproque des services médicaux). Les habitants de l'Ontario qui ont été directement facturés pour des services médicaux ou des services hospitaliers dans une autre province ou un territoire peuvent demander une demande de remboursement au MSSLD pour que ces services leur soient remboursés selon le barème des prestations pour les services médicaux ou selon les tarifs en vigueur en Ontario. Le remboursement des services hospitaliers assurés est établi selon les tarifs ou le montant facturé ou selon le moindre des deux.

À l'extérieur de la province (mais au Canada)

Les analyses génétiques ou les autres analyses de laboratoire effectuées à l'extérieur de la province (mais au Canada) et à l'extérieur d'un hôpital financé par l'État doivent être approuvées au préalable conformément à l'article 28.0.2 du *Règlement 552*. De plus, certains services médicaux nécessitant une approbation préalable en Ontario (tel qu'il est précisé dans le barème des prestations pour les services médicaux, y compris la réduction mammaire et la pannicullectomie) doivent être approuvés au préalable s'ils sont demandés dans une autre province ou un territoire.

4.3 COUVERTURE DURANT DES ABSENCES TEMPORAIRES À L'EXTÉRIEUR DU CANADA

Les habitants peuvent être temporairement à l'extérieur du Canada pour un total de 212 jours pour toute période de 12 mois et maintenir la couverture du RASO, en autant que leur résidence principale demeure l'Ontario.

Absences prolongées : Le *Règlement 552* de la *Loi sur l'assurance-santé* régit la couverture d'assurance-santé des habitants assurés de l'Ontario au cours de séjours prolongés (de plus de 212 jours) à l'extérieur du Canada.

Le MSSLD exige que les habitants demandent au MSSLD de confirmer cette couverture avant leur départ et qu'ils fournissent des documents expliquant les raisons de leur absence.

Conformément à la réglementation et à la politique du MSSLD, la plupart des demandeurs doivent également avoir résidé en Ontario au moins 153 jours pendant chacune des deux périodes consécutives de 12 mois précédant la date prévue de leur départ.

La période pendant laquelle le MSSLD pourra fournir à une personne la couverture continue du RASO au cours d'un séjour prolongé à l'étranger varie en fonction de la raison de l'absence, comme suit :

Raison d'un séjour prolongé à l'étranger et durée de la couverture du RASO

Raison	Couverture du RASO
Études	Durée des études à temps plein (illimitée).
Travail	Périodes de cinq ans (les exigences particulières de résidence doivent être remplies pendant deux ans entre chaque absence)
Bénévolat	Périodes de cinq ans (les exigences particulières de résidence doivent être remplies pendant deux ans entre chaque absence)
Vacances ou autres	Périodes de deux ans (les exigences particulières de résidence doivent être remplies pendant cinq ans entre chaque absence)

Certains membres de la famille peuvent également avoir droit à la couverture continue du RASO lorsqu'ils accompagnent le demandeur principal au cours d'un séjour prolongé à l'étranger.

Couverture à l'étranger pour les habitants de l'Ontario qui sont temporairement absents

Le paiement des services fournis à l'étranger pour les Ontariens qui sont temporairement absents du Canada, comme les voyageurs, est couvert en vertu du *Règlement 552* de la *Loi sur l'assurance-santé*.

Des frais sont engagés pour les services hospitaliers ou d'un établissement de soins prescrits et fournis à l'étranger qui sont requis pour traiter une affection aiguë et inattendue, survenue à l'extérieur du Canada et nécessitant des soins immédiats. Ils sont remboursés aux tarifs prévus dans le *Règlement 552* en vertu de la *Loi sur l'assurance-santé* :

- › un maximum de 400 \$CAN pour les services aux malades hospitalisés pour un niveau de soins supérieur décrit dans le *Règlement* et de 200 \$CAN pour tout autre niveau de soins;
- › un maximum de 50 \$CAN pour les services aux malades externes (sauf la dialyse);
- › un maximum de 210 \$CAN pour les services de dialyse.

Au cours de 2015-2016, les services d'urgence, à l'étranger, médicalement nécessaires rendus à l'étranger par des médecins ont été remboursés aux taux de l'Ontario prévus dans le *Règlement 552* en vertu de la *Loi sur l'assurance-santé* ou au montant facturé, si ce dernier était inférieur.

4.4 EXIGENCE D'APPROBATION PRÉALABLE

Aux termes du *Règlement 552* de la *Loi sur l'assurance-santé*, le paiement de services de santé non urgents reçus à l'extérieur du Canada nécessite une approbation préalable écrite du MSSLD avant que les services médicaux ne soient fournis.

La demande d'approbation préalable doit comprendre une confirmation écrite du médecin traitant ontarien que les services :

- › sont médicalement nécessaires;
- › sont fournis dans un hôpital ou un établissement de santé étranger autorisé (au sens du *Règlement*);
- › ne sont pas expérimentaux ni fournis à des fins de recherche ou d'enquête;

- › sont généralement reconnus par la profession médicale en Ontario comme étant appropriés pour une personne se trouvant dans le même contexte médical que la personne assurée;
- › soit
 - › ne sont pas offerts en Ontario au moyen d'un acte identique ou équivalent;
 - › sont offerts en Ontario, au moyen d'un acte identique ou équivalent, mais la personne assurée doit se rendre à l'étranger pour éviter des délais pouvant entraîner le décès ou des lésions tissulaires irréversibles importantes du point de vue médical.

Les demandes d'approbation préalable de financement doivent être approuvées par écrit par un médecin qui est spécialisé dans le type de service pour lequel une approbation préalable a été demandée. Cette exigence ne s'applique pas aux services d'urgence ni aux services qui relèvent du champ d'exercice des omnipraticiens.

L'article 28.4 du *Règlement 552* présente d'autres exigences particulières s'appliquant selon la nature du service pour lequel on demande un paiement.

Les exigences liées au paiement des analyses de laboratoire et des tests génétiques non urgents effectués à l'étranger sont décrits à l'article 28.5 du *Règlement 552* de la *Loi sur l'assurance-santé*. En cas de refus de remboursement, le médecin traitant ontarien et le patient sont informés que la décision peut être révisée si de nouveaux renseignements médicaux sont soumis. Une évaluation interne peut être demandée aussi souvent que nécessaire, pourvu que de la nouvelle documentation supplémentaire à l'appui soit soumise. De plus, le patient peut en appeler d'une décision de remboursement de frais engagés à l'étranger devant la Commission d'appel et de révision des services de santé (CARSS).

5.0 ACCESSIBILITÉ

5.1 ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ ASSURÉS

Le financement de tous les services hospitaliers, médicaux et ceux d'un praticien désigné offerts aux habitants assurés de l'Ontario sont conformes à la *Loi sur l'assurance-santé* et son *Règlement*. L'accessibilité aux services assurés sans imposition de frais est protégée aux termes de la partie II, « Accessibilité aux services de santé », de la *Loi de 2004 sur l'engagement d'assurer l'avenir de l'assurance-santé*. La Loi interdit la surfacturation notamment l'interdiction qui empêche une personne ou une entité d'imposer un frais ou d'accepter un paiement ou d'autre avantage pour des services assurés rendus à une personne assurée, sauf dans certains cas prévus par la Loi. En outre, la Loi interdit à toute personne ou entité d'accepter ou de demander un paiement ou un autre avantage en échange d'un accès privilégié (resquillage) pour des services assurés. La Loi interdit également aux médecins, aux praticiens et aux hôpitaux de refuser de fournir un service assuré à un assuré qui choisit de ne pas payer un tarif global pour un service non assuré.

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) étudie toutes les infractions possibles à la *Loi de 2004 sur l'engagement d'assurer l'avenir de l'assurance-santé* qui sont portées à son attention. Si le MSSLD découvre qu'une surfacturation est survenue, le MSSLS prend des mesures pour s'assurer que le montant est remboursé à la personne.

Un système de validation des cartes Santé aide les fournisseurs de soins de santé à avoir accès à l'information demandée relative au RASO et au paiement des réclamations. Le système de validation des cartes Santé permet au fournisseur de vérifier en temps réel le statut de la carte Santé de l'Ontario (et son code de version) du patient afin de savoir si ce dernier est admissible à recevoir des soins de santé financés par la province, ce qui réduit le nombre de réclamations refusées. S'ils possèdent un numéro de facturation valide et actif émis par le MSSLD, les fournisseurs de soins de santé peuvent s'inscrire aux services de validation. Si un patient qui n'a pas de carte Santé valide en sa possession a besoin de services assurés, le fournisseur peut, après avoir obtenu le consentement du patient à cet effet, obtenir le numéro de sa carte Santé grâce à un processus de vérification accéléré offert en tout temps (24 heures sur 24 et 365 jours par année) par ServiceOntario aux médecins et aux hôpitaux inscrits.

Concernant les soins de courte durée, les services prioritaires sont les services hospitaliers très spécialisés qui permettent d'intervenir lorsqu'un état pathologique met la vie du patient en danger, comme les transplantations d'organes, les chirurgies et les traitements contre le cancer et les services neurologiques. Ils sont souvent onéreux et leur nombre croît rapidement, ce qui a eu pour effet de soulever des préoccupations à propos de l'accès. Généralement, ces services sont gérés à l'échelle provinciale, de manière continue en surveillant constamment la demande et en ajustant le financement au besoin.

Les services prioritaires de soins de courte durée comprennent ceux qui suivent :

- › certains services cardiovasculaires;
- › certains services d'oncologie;
- › les services liés aux maladies chroniques du rein;
- › les services de soins intensifs;
- › les dons d'organes et de tissus et les transplantations.

Soins de santé primaires : En 2015-2016, conforme à l'orientation du gouvernement décrite dans *Priorité aux patients; Plan d'action en matière de soins de santé*, l'Ontario a continué d'harmoniser ses modèles existants et nouveaux de prestation des soins de santé primaires en vue d'améliorer et d'accroître l'accès de tous les Ontariens à des services médicaux primaires. Les divers modèles de rémunération des médecins offrant des soins primaires favorisent l'accès à des soins de santé primaires complets à l'échelle de la province, ainsi que pour certains groupes cibles et dans les collectivités éloignées insuffisamment desservies. Le 7 décembre 2016, le gouvernement de l'Ontario a adopté le projet de loi 41, *Loi de 2016 donnant la priorité aux patients*. Cette législation améliorera l'accès aux services de soins de santé en donnant aux patients et aux familles un accès plus rapide et efficace aux soins et en les mettant au centre d'un système de soins réellement intégré. Le projet de loi favorisera l'amélioration et l'intégration de la planification et de la prestation des soins primaires de première ligne et des services communautaires à domicile à l'appui d'un accès plus facile aux soins, d'une coordination accrue et de la continuité des soins.

Accès soins : Accès Soins réfère les Ontariens qui ont besoin de fournisseur de soins de santé primaires (médecin de famille ou personnel infirmier praticien) à en obtenir un qui accepte de nouveaux patients dans leur collectivité. Les personnes assurées qui n'ont pas de fournisseur de soins de santé primaires et qui sont inscrites auprès d'Accès Soins peuvent être dirigées vers un médecin de famille ou du personnel infirmier praticien lorsqu'un professionnel est disponible et prêt à accepter de nouveaux patients dans la collectivité.

En 2016–2017 le MSSLD a continué à gérer diverses initiatives afin d'améliorer l'accès aux services de soins de santé dans l'ensemble de la province. Grâce à la planification fondée sur des données probantes, le nombre de médecins disponibles en Ontario a été stabilisé en raison de l'augmentation d'école médicale et permanente, et la province travaille à favoriser le maintien en poste et la répartition des médecins dans la province par les mesures, telles que :

- appui des possibilités de formation clinique dans les régions rurales et éloignées pour les étudiants en médecine;
- appui à la création de nouveaux postes de résidence en région éloignée, pour tenir compte des besoins en soins primaires des Premières Nations du Nord de l'Ontario;
- appui à l'École de médecine du Nord de l'Ontario;
- appui aux programmes de formation et d'évaluation des diplômés étrangers en médecine et des autres médecins qualifiés qui ne satisfont pas à certaines exigences requises pour exercer en Ontario;
- appui à l'Agence de promotion et de recrutement de ProfessionsSantéOntario afin de faciliter le recrutement et le maintien en poste de professionnels de la santé dans les collectivités de l'Ontario qui en ont besoin.

Certaines initiatives ont été mises en œuvre pour améliorer l'accès dans l'ensemble de l'Ontario, notamment l'Initiative de recrutement et de maintien en poste pour le Nord et les régions rurales (initiative NRRRI), l'Initiative de maintien en poste des médecins dans le Nord (IMPMN) et le Programme de subventions aux habitants du Nord de l'Ontario pour frais de transport à des fins médicales.

- **Initiative de recrutement et de maintien en poste pour le nord et les régions rurales (NRRRI) :**
L'initiative NRRRI appuie le recrutement et le maintien en poste des médecins dans les collectivités rurales et du Nord. L'initiative NRRRI fournit des incitatifs financiers aux médecins qui s'établissent et exercent leur profession à plein temps dans une collectivité admissible de la province. L'admissibilité d'une collectivité à l'initiative NRRRI est déterminée en fonction de l'indice de ruralité de l'Ontario (IRO). Pour qu'une collectivité soit admissible, le score IRO doit être d'au moins 40. Les cinq régions métropolitaines de recensement desservies par le centre d'aiguillage urbain du Nord de l'Ontario (Thunder Bay, Sudbury, North Bay, Sault Ste. Marie et Timmins) sont également admissibles.
- **Initiative de maintien en poste des médecins dans le nord (IMPMN) :** L'IMPMN permet aux médecins qui ont exercé la médecine à plein temps pendant au moins quatre ans dans le Nord de l'Ontario de recevoir une prime d'encouragement de 7 000 \$, payée à la fin de chaque exercice au cours duquel ils continuent d'exercer à plein temps dans le Nord. L'Initiative favorise le maintien en poste des médecins dans le Nord de l'Ontario et encourage ceux-ci à conserver des droits hospitaliers actifs. Le Nord de l'Ontario se compose des districts d'Algoma, de Cochrane, de Kenora, de Manitoulin, de Nipissing, du détroit de Parry, de Muskoka, de Rainy River, de Sudbury, de Thunder Bay et de Témiscamingue.
- **Programme de subventions aux résidents du Nord pour frais de transport à des fins médicales :**
Le Programme aide à financer les frais de déplacement des habitants du Nord de l'Ontario qui doivent parcourir de longues distances pour obtenir des services médicaux spécialisés assurés ou

certaines actes médicaux désignés dans un établissement de santé qui ne sont pas offerts dans un rayon de 100 km de leur localité. Le Programme favorise également l'utilisation des services spécialisés offerts dans le Nord de l'Ontario, ce qui encourage davantage de spécialistes à exercer leur profession et à demeurer dans le Nord.

5.2 RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS ET SERVICES DE CHIRURGIE DENTAIRE

Les médecins sont rémunérés selon divers modes pour les services qu'ils fournissent. Bon nombre de médecins sont rémunérés à l'acte. La rémunération à l'acte est fondée sur le barème des prestations – services médicaux, conformément à la *Loi sur l'assurance-santé*. D'autres sont rémunérés selon des modèles de soins de santé primaires (comme les modèles de paiement par capitation combinés), selon d'autres modèles de rémunération, ou selon les ententes de rémunération des médecins des centres de santé universitaires. Les médecins qui utilisent ces autres modes de rémunération peuvent aussi facturer un service à l'acte au moment de fournir un service qui n'est pas inclus dans le cadre de ces modes.

Le MSSLD prend des mesures de reddition de comptes concernant la rémunération pour que les médecins obtiennent la rémunération à laquelle ils ont droit. Les activités antérieures à la rémunération comprennent des contrôles de surveillance et de système, comme les règles de rémunération automatique du système de rémunération à l'acte du RASO.

Les activités postérieures à la rémunération comprennent l'examen de la rémunération, l'information et la vérification. Si une rémunération inappropriée est constatée, le Ministère règle le cas avec le médecin en cause. Le MSSLD peut aussi recourir à des solutions prévues dans les dispositions contractuelles ou la *Loi sur l'assurance-santé*. La vérification comprend un processus d'examen officiel de recouvrement de la rémunération. L'examen postérieur à la rémunération est déterminé dans le cadre d'une surveillance, comme l'analyse de données, à la suite de la communication d'une préoccupation au MSSLD, par l'entremise de la ligne antifraude ou d'un autre mécanisme.

En 2015-2016, 97 % des omnipraticiens ont reçu une rémunération à l'acte du RASO, mais moins de 30 % d'entre eux étaient uniquement rémunérés à l'acte. La majorité (70 %) des médecins de soins primaires de l'Ontario ont été rémunérés selon l'un des modèles de santé primaire suivants : les soins intégrés, les groupes de santé familiale, les réseaux de santé familiale, les organisations de santé familiale, les centres de santé communautaires, l'entente relative au groupe de médecins en milieu rural et dans le Nord (EGMMRN), le Partenariat de services de santé, le modèle salarial combiné et les ententes spécialisées.

Les équipes de santé familiale (ESF), des organisations indépendantes multidisciplinaires et sans but lucratif qui offrent des soins de santé primaires, sont composées notamment du personnel infirmier praticien, du personnel infirmier, de travailleurs sociaux et de diététistes. Les groupes de médecins qui peuvent faire partie d'équipes de santé familiale ou être affiliés à ces équipes sont rémunérés selon l'un des trois modes de rémunération suivants : les modèles de paiement par capitation combinés (comme les réseaux ou les organisations de santé familiale), les modèles complémentaires (EGMMRN ou autres ententes spécialisées) et le modèle salarial combiné (pour les équipes de santé familiale communautaires). On retrouve des équipes de santé familiale partout en Ontario, dans les régions urbaines et rurales; leur taille, leur structure, leur portée et leur gouvernance varient.

Le MSSLD négocie de nombreux aspects de la rémunération des médecins avec l'Association médicale de l'Ontario (AMO). La dernière entente sur les services de médecin est arrivée à échéance le 31 mars 2014, et le MSSLD et l'AMO ont entamé les négociations pour l'établissement d'une nouvelle entente en janvier 2014. Le MSSLD et l'AMO ont mené les négociations de janvier 2014 à janvier 2015, mais ils n'ont pas réussi à conclure une entente. En l'absence d'une entente, le MSSLD a mis en œuvre un ensemble d'initiatives (Plan d'action en dix points afin de réaliser des économies et d'améliorer les services) visant à modifier le financement pour certains programmes et services de médecin.

Le MSSLD a ensuite amorcé des discussions confidentielles avec les représentants de l'AMO qui se sont échelonnées d'octobre 2015 à juillet 2016 et qui portaient sur la prochaine entente sur les services de médecin. Ces discussions ont donné lieu à l'accord de principe conclu le 7 juillet 2016. Le 14 août 2016, l'AMO a tenu un vote de ratification et ses membres ont rejeté l'entente.

Le MSSLD continue de collaborer avec l'AMO dans l'espoir de parvenir à une nouvelle entente.

5.3 PAIEMENTS AUX HÔPITAUX

Les hôpitaux de l'Ontario sont financés selon une combinaison de financement de base, qui est un financement permanent, et de financement ponctuel. La majorité du financement est versé aux hôpitaux par le moyen d'un financement de base, notamment :

- › Réforme du financement du système de santé (RFSS); notamment le Modèle d'allocation fondée sur la santé (MAFS) et les Actes médicaux fondés sur la qualité (AMFQ) ;
- › Financement de base non-RFSS, comme le Plan de fonctionnement postérieur à la construction (PFPC);
- › Temps d'attente; Programmes prioritaires et autre financement de base non-RFSS.

Le 1^{er} avril 2012, l'Ontario a entrepris la mise en œuvre de la Réforme du financement du système de santé (RFSS) concernant le financement des hôpitaux. La RFSS fait passer le système actuel de financement qui est principalement axé sur des budgets globaux à un modèle de financement par activité grâce auquel les patients reçoivent les soins appropriés, au bon prix, à l'endroit et au moment qui conviennent, conformément à notre *Plan d'action en matière de soins de santé – priorité aux patients*. La RFSS propose une approche intégrée pour le financement du système de santé et place le patient au cœur des soins de santé en adoptant le principe selon lequel « le financement suit le patient ». La RFSS constitue un changement considérable par rapport au mode de financement antérieur des hôpitaux ontariens, qui reposait largement sur des budgets globaux découlant de budgets établis en 1969.

La RFSS comporte deux éléments clés : le MAFS et les AMQC, qui ensemble ont compté environ 47 % (MAFS : 32 %; AMQC : 15 %) du financement total des hôpitaux en 2016–2017.

Modèle d'allocation fondée sur la santé (MAFS) : Le MAFS est une formule de financement fondée sur la santé de la population et les données probantes, qui utilise des données démographiques et cliniques pour orienter l'allocation du financement. Le MAFS tient compte du nombre d'interventions et de traitements que l'hôpital prévoit exécuter et de la complexité ou de la gravité des cas traités. Les données démographiques comprennent des données de base comme l'âge, le sexe, la situation socio-économique et la géographie rurale. Les données cliniques comprennent des mesures de la maladie et

l'état de santé, comme les données sur les diagnostics et les interventions associées aux différents types de soins fournis à la population. Le MAFS permet au gouvernement d'allouer le financement disponible de façon équitable à l'échelle organisationnelle aux fournisseurs de services de santé. Un financement est réparti entre les fournisseurs en fonction du calcul de leurs dépenses attendues et du financement disponible.

Actes médicaux fondés sur la qualité (AMFQ) : Les AMFQ font partie intégrante de la RFSS, car ils font concorder financement et amélioration de la qualité. Ils visent les groupes de patients ayant reçu des diagnostics ou des traitements apparentés d'un point de vue clinique qui ont été reconnus, par un cadre de travail fondé sur des données probantes, pour favoriser une amélioration des processus et une réorganisation clinique, une amélioration des résultats et de l'expérience des patients et la réalisation possible d'économies. Les AMFQ permettent au système de santé d'améliorer la qualité des services et de réaliser des gains d'efficacité. Le prix pour la plupart des AMFQ est actuellement fondé sur le prix moyen de la prestation de soins, en tenant compte de l'acuité des besoins du patient.

On continue d'utiliser une **base non-RFSS** pour les activités qui ne peuvent pas être modélisées notamment celles qui sont particulières (comme la santé mentale dans le contexte judiciaire) ou dans les cas où la RFSS amènerait une instabilité du financement importante (p. ex. les petits hôpitaux).

Plan de fonctionnement postérieur à la construction (PFPC) fournit un financement de fonctionnement pour appuyer l'expansion des services et de l'établissement associée à des projets d'immobilisations approuvés. La Stratégie de réduction des temps d'attente en Ontario fournit un financement ciblé pour faciliter l'accès aux principaux services de santé en réduisant les temps d'attente.

Financement des programmes provinciaux

Ce financement provincial appuie les programmes spécialisés à faible volume et à coût élevé, comme certains services cardiovasculaires et neurologiques et les transplantations qui sont gérés à l'échelle provinciale plutôt que régionale.

Ententes de responsabilisation en matière de services hospitaliers (ERS-H) : Dans le cadre de leurs responsabilités à l'égard du système de soins de santé local, les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) ont négocié des ententes de responsabilisation de services hospitaliers (ERS-H) d'une durée de deux ans avec les hôpitaux et se sont vu confier la responsabilité de la Présentation de planification hospitalière annuelle, qui informe les ERS-H. Les RLISS ont modifié l'ERS-H 2008–2009 – 2009–2010 chaque année de 2010–2011 à 2017–2018 plutôt que de négocier une nouvelle entente de deux ans. Il s'agit d'ententes modificatrices.

Les hôpitaux publics soumettent aux RLISS des présentations de planification qui sont le résultat de vastes consultations auprès des organisations (avec le personnel à tous les échelons, les syndicats, les médecins et le conseil), de la collectivité et de la région. Certaines données publiées dans les présentations de planification sont utilisées pour remplir des tableaux de volumes de services et fixer des cibles de rendement qui forment la base contractuelle de l'ERS-H.

L'ERS-H présente les conditions générales relatives aux services fournis par l'hôpital, le financement qu'il recevra, au même titre que les niveaux de rendement attendu. Dans le cadre de l'entente, divers indicateurs de rendement sont surveillés, gérés et évalués.

6.0 RECONNAISSANCE ACCORDÉE AUX TRANSFERTS FÉDÉRAUX

Le gouvernement de l'Ontario a reconnu publiquement la contribution fédérale au titre du Transfert canadien en matière de santé dans les Comptes publics de l'Ontario de 2016–2017.

PERSONNES INSCRITES

Année	2012–2013	2013–2014	2014–2015	2015–2016	2016–2017
1. Nombre en date du 31 mars (#) ¹	13 349 791	13 452 921	13 545 565	13 723 465	13 829 743

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE

ÉTABLISSEMENTS PUBLICS

Année	2012–2013	2013–2014	2014–2015	2015–2016	2016–2017
2. Nombre (#) ²	146	145	145	143	143
3. Paiements pour des services de santé assurés (\$)³	16 418 200 000	16 361 203 000	16 377 339 000	16 387 182 900	16 784 015 574

ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS À BUT LUCRATIF

Année	2012–2013	2013–2014	2014–2015	2015–2016	2016–2017
4. Nombre d'établissements privés à but lucratif offrant des services de santé assurés (#) ⁴	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
5. Paiements aux établissements privés à but lucratif pour des services de santé assurés (\$)⁴	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS AUX RÉSIDENTS DANS UNE AUTRE PROVINCE OU UN AUTRE TERRITOIRE

Année	2012–2013	2013–2014	2014–2015	2015–2016	2016–2017
6. Nombre total de demandes patients hospitalisés (#)	7 019	6 924	7 087	7 160	6 337
7. Total des paiements patients hospitalisés (\$)	58 107 802	60 733 276	65 048 142	66 194 339	61 781 960
8. Nombre total de demandes patients externes (#)	130 058	133 429	136 778	129 182	120 710
9. Total des paiements patients externes (\$)	37 866 652	41 057 654	42 332 365	42 834 485	43 097 597

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA⁵

Année	2012–2013	2013–2014	2014–2015	2015–2016	2016–2017
10. Nombre total de demandes patients hospitalisés (#)	29 616	26 354	33 296	57 412	29 782
11. Total des paiements patients hospitalisés (\$)	43 824 878	45 624 997	54 634 942	58 362 023	71 235 200
12. Nombre total de demandes patients externes (#)	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
13. Total des paiements patients externes (\$)	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet

¹ Ces estimations représentent le nombre de cartes d'assurance-santé valides et actives (résidents présentement admissibles ayant présenté une demande au cours des sept dernières années).

² Nombre d'hôpitaux financés par l'État, à l'exception des hôpitaux psychiatriques spécialisés. Ces derniers ont été exclus conformément aux exigences du Rapport annuel sur l'application de la Loi canadienne sur la santé.

³ Fonds versés aux hôpitaux publics, à l'exception des hôpitaux psychiatriques spécialisés. Les exercices de 2012–2013 à 2016–2017 s'appuie sur les Comptes publics.

⁴ Au Ministère, les données ne sont pas recueillies dans un seul système. De plus, le Ministère est incapable de catégoriser les fournisseurs ou les établissements comme étant « à but lucratif » parce qu'il ne possède pas les états financiers contenant les détails du débours, par les fournisseurs de services, des revenus provenant du Ministère.

⁵ Les indicateurs 10 et 11 comprennent les patients hospitalisés et les patients externes.

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE

Année	2012–2013	2013–2014	2014–2015	2015–2016	2016–2017
14. Nombre de médecins participants (#)	27 242	28 488	29 380	30 177	30 893
15. Nombre de médecins ayant opté pour le retrait du régime d'assurance-santé (#)	29	28	24	21	20
16. Nombre de médecins non participants (#) ⁶	0	0	0	0	0
17. Total des paiements des services médicaux rémunérés pour l'ensemble des méthodes de paiement (\$) ⁷	11 228 719 988	11 379 311 227	11 823 825 604	11 918 882 881	12 113 803 206
18. Total des paiements des services médicaux rémunérés à l'acte (\$) ⁸	7 402 377 170	7 600 334 259	7 784 933 027	7 803 728 926	8 028 037 940

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS AUX RÉSIDENTS DANS UNE AUTRE PROVINCE OU UN AUTRE TERRITOIRE

Année	2012–2013	2013–2014	2014–2015	2015–2016	2016–2017
19. Nombre de services (#)	553 823	672 661	623 076	589 688	585 353
20. Total des paiements (\$)	26 017 930	30 248 528	31 360 835	29 524 980	30 851 717

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA

Année	2012–2013	2013–2014	2014–2015	2015–2016	2016–2017
21. Nombre de services (#)	214 080	192 773	170 362	142 485	124 678
22. Total des paiements (\$)	6 537 845	5 844 999	6 473 814	6 518 994	7 749 118

SERVICES DE CHIRURGIE DENTAIRE ASSURÉS FOURNIS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE

Année	2012–2013	2013–2014	2014–2015	2015–2016	2016–2017
23. Nombre de dentistes participants (#)	273	275	275	278	281
24. Nombre de dentistes ayant opté pour le retrait du régime d'assurance-santé (#) ^a	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
25. Nombre de dentistes non participants (#) ^a	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
26. Nombre de services fournis (#)	93 672	95 810	96 258	99 570	98 823
27. Total des paiements (\$) ⁹	12 525 404	12 713 974	12 040 331	12 442 618	13 124 123

^a Santé Canada a demandé cette donnée à partir du rapport de 2016–2017, mais n'a pas demandé aux provinces ni aux territoires de la rapporter pour les années précédentes.

⁶ L'Ontario ne compte aucun médecin non-participant, seulement des médecins qui ont opté pour le retrait du Régime d'assurance-maladie et qui sont inclus à l'indicateur 15.

⁷ Le total des paiements comprend les paiements versés aux médecins de l'Ontario par l'entremise des programmes de paiement à l'acte, de soins primaires, d'autres modes de paiement, des centres de santé universitaires, des soins hospitaliers sur appel et du Health Care Connect. Les services et les paiements liés aux programmes des autres praticiens, aux programmes des services de santé hors du pays ou hors de la province, au personnel infirmier praticien, aux soins partagés interprofessionnels, aux cliniques dirigées par du personnel praticien, au projet ECHO et douleur chronique, aux services de fertilité, aux équipes de santé familiales et aux laboratoires communautaires sont exclus.

⁸ À partir de l'exercice 2016–2017, le total des paiements des services médicaux rémunérés à l'acte s'appuie sur les Comptes publics.

⁹ À partir de l'exercice 2016–2017, le total des paiements des services de chirurgie dentaires assurés fournis dans la province ou le territoire s'appuie sur les Comptes publics.

MANITOBA

Santé, Aînés et Vie active (Santé Manitoba) fournit le leadership et l'appui nécessaires pour protéger, promouvoir et préserver l'état de santé de tous les Manitobains. Santé Manitoba continue de déployer des efforts pour améliorer l'accès aux services, la prestation des soins, la capacité, l'innovation et la viabilité du système, ainsi que pour améliorer la santé des Manitobains tout en réduisant les disparités en santé. Les rôles et responsabilités du Ministère sont l'élaboration des politiques, des programmes et des normes; la responsabilisation des programmes et de la gestion financière; et de l'évaluation. De plus, le Ministère continue à offrir des services directs particuliers par l'entremise du Centre de santé mentale de Selkirk, du Laboratoire provincial Cadham, des services d'inspection en santé publique et des postes de soins infirmiers provinciaux.

1.0 GESTION PUBLIQUE

1.1 RÉGIME D'ASSURANCE-MALADIE ET AUTORITÉ PUBLIQUE

Le Régime d'assurance-maladie du Manitoba (RAMM) est géré par Santé, Aînés et Vie active en vertu de la *Loi sur l'assurance-maladie*, L.R.M. 1987, ch. H35.

Le RAMM est géré conformément aux dispositions de cette Loi et assure les coûts des services hospitaliers, de soins personnels, des services médicaux et d'autres services de santé dont il est fait mention dans les lois provinciales ou dans les règlements connexes.

Le ministre de la Santé est responsable de la gestion et de l'application du RAMM. Le ministre peut également conclure, avec des personnes ou des groupes de personnes, les contrats et ententes qu'il juge nécessaires pour l'application de la Loi.

Il peut également octroyer des subventions à une personne ou à un groupe de personnes pour l'application de la Loi, sous réserve des conditions qu'il juge opportunes. Le ministre peut aussi, par écrit, déléguer à quiconque les pouvoirs ou les fonctions que lui confèrent la Loi ou son Règlement.

Aucune modification législative apportée à la Loi ou à son Règlement au cours de l'exercice 2016-2017 n'a touché la gestion publique du RAMM.

1.2 LIENS HIÉRARCHIQUES

En vertu de l'article 6 de la *Loi sur l'assurance-maladie*, le ministre doit faire préparer les états financiers vérifiés du RAMM et y faire état séparément des dépenses se rapportant aux services hospitaliers, aux soins médicaux ainsi qu'aux autres services de santé. Le ministre est également tenu de faire préparer un rapport annuel qui doit comprendre les états financiers vérifiés, et il doit déposer le rapport annuel à l'Assemblée législative dans les 15 premiers jours de session de celle-ci suivant sa réception. Si l'Assemblée ne siège pas, le rapport doit être déposé dans les 15 jours suivant le début de la session suivante.

1.3 VÉRIFICATION DES COMPTES

L'article 7 de la *Loi sur l'assurance-maladie* exige que le Bureau du vérificateur général du Manitoba (ou un autre vérificateur désigné par le Bureau du vérificateur général du Manitoba) fasse une vérification annuelle des comptes du RAMM et prépare un rapport à ce sujet à l'intention du ministre. La plus récente vérification dont les résultats ont été communiqués au ministre et que le public peut consulter est l'exercice 2016–2017 et est contenue dans le Rapport annuel 2016–2017 de Santé Manitoba. C'est disponible à l'adresse suivante : www.gov.mb.ca/health/ann/index.html

2.0 INTÉGRALITÉ

2.1 SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS

Les articles 46 et 47 de la *Loi sur l'assurance-maladie*, de même que le *Règlement sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des hôpitaux* (R.M. 48/93) s'appliquent aux services hospitaliers assurés.

En date du 31 mars 2017, 96 établissements fournissaient des services hospitaliers assurés aux patients hospitalisés et aux patients externes au Manitoba. Les hôpitaux sont désignés par le *Règlement sur la désignation d'hôpitaux* (R.M. 47/93) en vertu de la Loi.

Les services énoncés dans le *Règlement* comme étant des services hospitaliers assurés fournis aux patients hospitalisés et aux patients externes comprennent les services suivants : l'hébergement et les repas en salle commune; les soins infirmiers nécessaires; les services de laboratoire, de radiologie et autres services de diagnostic; les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes; les fournitures médicales et chirurgicales courantes; l'utilisation des salles d'opération, des salles d'accouchement et des installations d'anesthésie et l'utilisation des installations de radiothérapie, de physiothérapie, d'ergothérapie et d'orthophonie là où elles existent.

Le *Règlement* prévoit que les services en milieu hospitalier comprennent les fournitures médicales et chirurgicales courantes, ce qui permet d'assurer un accès raisonnable à tous les habitants. Les offices régionaux de la santé du Manitoba vérifient la conformité à cette disposition.

Les habitants du Manitoba ont de grandes attentes quant à la qualité des soins de santé et exigent ce qu'il y a de mieux quant aux connaissances médicales et de services lorsque leur état de santé personnel est en cause.

2.2 SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS

Le texte habilitant concernant les soins médicaux assurés est le *Règlement sur l'assurance relative aux soins médicaux* (R.M.49/93) pris en application de la *Loi sur l'assurance-maladie*.

Les médecins qui fournissent des services assurés au Manitoba doivent être légalement autorisés à exercer la médecine au Manitoba, détenir la licence prescrite et être inscrits au registre, conformément à la *Loi médicale*. En date du 30 avril 2016, il y avait 2 768 médecins inscrits au Manitoba, dont 2 660 participent au RAMM.

Un médecin peut, sur présentation d'un préavis écrit au ministre, choisir de percevoir lui-même ses honoraires, plutôt que de les recevoir du ministre, pour les soins fournis aux assurés, conformément à l'article 91 de la Loi et à l'article 5 du *Règlement sur l'assurance relative aux soins médicaux*. La décision

de ne pas participer au Régime de soins de santé entre en vigueur le premier jour du mois suivant une période de 90 jours à compter de la date où le ministre reçoit l'avis.

Avant de fournir un service médical à un assuré, le médecin doit donner un préavis raisonnable de son intention de percevoir ses honoraires auprès de cette personne ou d'une autre, qui n'est pas le ministre. Il est tenu de soumettre, pour le compte de l'assuré, une demande de règlement au ministre; le médecin ne peut percevoir d'honoraires en sus des prestations exigibles à l'égard de ces services en vertu de la Loi ou de son Règlement. Aucun médecin n'a fait le choix de se retirer du Régime en 2016–2017.

Le *Règlement sur les frais engagés pour des soins médicaux assurés* (R.M. 95/96) fournit la liste des soins médicaux assurés par Santé Manitoba. La couverture s'étend à tous les services de soins personnels médicalement nécessaires fournis par un médecin à un assuré et qui ne sont pas exclus aux termes du *Règlement sur les services exclus* (R.M. 46/93) pris en application de la Loi.

Au cours de l'exercice 2016–2017, un certain nombre de nouveaux services assurés ont été ajoutés au barème d'honoraires révisé. Il est possible de consulter le Guide en ligne à l'adresse suivante : www.gov.mb.ca/health/manual/index.html. (en anglais seulement).

Pour faire inscrire un service médical à la liste des services assurés par Santé Manitoba, les médecins doivent présenter une proposition à Doctors Manitoba, qui négocie ensuite avec Santé Manitoba, y compris les honoraires. Santé Manitoba peut également amorcer le processus.

2.3 SERVICES DE CHIRURGIE DENTAIRE ASSURÉS

La liste des services de chirurgie dentaire assurés est fournie dans le *Règlement sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des hôpitaux* (R.M.48/93) pris en application de la *Loi sur l'assurance-maladie*. Ces services sont assurés lorsqu'ils sont fournis par un chirurgien spécialisé en chirurgie dentaire et maxillo-faciale ou un dentiste autorisé à exercer dans un hôpital, et qu'il est nécessaire d'hospitaliser le patient afin d'accomplir correctement la chirurgie. Le Règlement prévoit également des prestations relativement au coût des services d'orthodontie assurés dans les cas de fissure labiale ou de fente palatine chez les personnes inscrites au programme avant leur dix-huitième anniversaire, et ce, lorsque les services sont fournis par un orthodontiste autorisé.

Les fournisseurs de services dentaires peuvent, à l'instar des médecins, décider de percevoir leurs honoraires directement auprès du patient, auquel cas ils ne doivent pas facturer au patient ou recevoir de celui-ci des honoraires en sus des prestations exigibles en vertu de la Loi ou de son Règlement. Aucun fournisseur de services dentaires n'a fait le choix de se retirer du Régime en 2016–2017.

Pour faire inscrire un service dentaire à la liste des services assurés, le dentiste doit soumettre une proposition à l'Association dentaire du Manitoba. Celle-ci négocie l'intervention et les honoraires avec Santé Manitoba.

2.4 SERVICES HOSPITALIERS, MÉDICAUX ET DE CHIRURGIE DENTAIRE NON ASSURÉS

Le *Règlement sur les services exclus* (R.M. 46/93), pris en application de la *Loi sur l'assurance-maladie*, définit les services qui ne sont pas assurés. Ce sont : les examens et les rapports établis pour des raisons d'emploi, d'assurance, de fréquentation d'une université ou d'un camp, ou encore les services offerts à la demande de tiers; les services d'immunisation et autres services offerts à des groupes, sauf s'ils sont

autorisés par Santé Manitoba; les soins que des médecins, des dentistes, des chiropraticiens ou des optométristes se donnent à eux-mêmes ou donnent aux personnes à leur charge; la préparation de dossiers, de rapports, de certificats, de communications et de témoignages devant un tribunal; le kilométrage ou le temps de déplacement; les services de psychologues, de podologues et d'autres praticiens dont les services ne sont pas mentionnés dans la loi; la fécondation in vitro; l'enlèvement de tatouages; l'ajustement de lentilles cornéennes; le rétablissement de la fécondité et la psychanalyse.

Le *Règlement sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des hôpitaux* mentionne que les services en milieu hospitalier comprennent les fournitures médicales et chirurgicales courantes, ce qui permet d'assurer un accès raisonnable à tous les habitants. Les offices régionaux de la santé et Santé Manitoba vérifient la conformité à cette disposition.

Tous les habitants du Manitoba jouissent d'un accès équitable aux services. Les tiers, comme les assureurs privés et la Commission des accidents du travail, n'ont pas accès en priorité aux services en versant un supplément. Le Manitoba n'a aucun processus officiel pour surveiller la conformité; toutefois, les commentaires des médecins, des administrateurs d'hôpitaux, des professionnels de la santé et du personnel permettent aux offices régionaux de la santé ainsi qu'à Santé Manitoba de se tenir au courant des préoccupations relatives à l'usage et aux services.

Pour retirer un service de la liste des services assurés par Santé Manitoba, le Ministère prépare une demande qu'il soumet à l'approbation du Cabinet. La décision de tenir ou non une consultation publique est prise au cas par cas, selon le service en cause.

Aucun service n'a été supprimé de la liste des services assurés par Santé Manitoba en 2016–2017.

3.0 UNIVERSALITÉ

3.1 ADMISSIBILITÉ

La *Loi sur l'assurance-maladie* définit les modalités d'admissibilité des habitants du Manitoba au Régime d'assurance-maladie de la province.

Le paragraphe 2(1) de la Loi stipule qu'un « habitant » est une personne qui est légalement autorisée à habiter au Canada, qui réside au Manitoba et qui y est effectivement présente au moins six mois par année civile. Cette définition vise également toute autre personne correspondant à la définition d'habitant (résident) aux termes des règlements, mais n'inclut pas, sauf indication contraire du ministre, les personnes qui sont titulaires d'un permis de séjour temporaire délivré sous le régime de la *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés* (Canada) ainsi que les visiteurs, les personnes de passage et les touristes.

Les paragraphes 7(1) et 8(1) du *Règlement sur la résidence et l'inscription* (R.M. 54/93) élargissent la définition de « résidence ». Aux termes du paragraphe 7(1), les personnes qui s'absentent du Manitoba pendant au plus 24 mois consécutifs pour faire œuvre de missionnaires, occuper un emploi à l'extérieur du pays ou prendre un congé sabbatique peuvent conserver leur statut de résident de cette province, tout comme les étudiants qui fréquentent à temps plein un établissement d'enseignement reconnu. Par ailleurs, aux termes du paragraphe 8(1), les personnes légalement autorisées à travailler au Manitoba et qui détiennent un permis de travail valide pour au moins 12 mois sont réputées être résidentes, de même que les étudiants titulaires d'un permis d'études valide pour une période d'au moins six mois sous

le régime de la *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés* (Canada). De plus, l'article 8.1.1 du *Règlement sur la résidence et l'inscription* élargit la résidence réputée de manière à inclure les travailleurs étrangers temporaires (et leurs personnes à charge) dans la province qui fournissent des services agricoles en raison d'un permis de travail, peu importe la durée de ce permis.

L'article 6 du *Règlement sur la résidence et l'inscription* définit la période d'attente au Manitoba comme suit :

« Un habitant qui, immédiatement avant son arrivée au Manitoba, était habitant d'une autre province ou d'un territoire canadien n'est pas assuré avant le premier jour du troisième mois qui suit le mois de son arrivée ».

L'article 6 du *Règlement sur la résidence et l'inscription* stipule qu'aucune période d'attente ne s'applique pour les personnes à charge des membres des Forces armées canadiennes.

Il n'existe actuellement aucune autre période d'attente au Manitoba.

Le Régime d'assurance-maladie du Manitoba exclut les habitants couverts par un régime fédéral, y compris par les lois fédérales suivantes : *Loi sur l'aéronautique*; *Loi sur les prestations de guerre pour les civils*; *Loi sur l'indemnisation des agents de l'État*; *Loi sur l'indemnisation des marins marchands*; *Loi sur la défense nationale*; *Loi sur les pensions*; *Loi sur la réadaptation des anciens combattants*. Sont également exclus les détenus sous responsabilité fédérale ou les personnes couvertes par une loi d'une autre province ou d'un territoire [paragraphe 2(2) du *Règlement sur les services exclus*]. Les habitants libérés des Forces canadiennes ainsi que les détenus libérés d'un pénitencier fédéral sans personnes à charge qui sont des habitants de la province deviennent admissibles à l'assurance-maladie. Aux termes du paragraphe 2(3) du *Règlement sur la résidence et l'inscription* (R.M. 54/93), ces personnes ont un mois, lorsqu'elles changent de statut, pour s'inscrire auprès de Santé Manitoba.

Au Manitoba, les membres de la GRC sont des personnes assurées et ont droit aux prestations prévues par le RAMM.

Pour les besoins de la délivrance des cartes d'assurance-maladie, les personnes doivent aviser Santé Manitoba, documents à l'appui, qu'elles sont légalement autorisées à être au Canada et qu'elles ont l'intention d'habiter au Manitoba pendant six mois au cours d'une année civile. Elles doivent aussi fournir une adresse de résidence principale dans la province. À la réception de ces renseignements, Santé Manitoba délivre une carte d'inscription à la personne ainsi qu'à toutes les personnes admissibles à sa charge.

Au Manitoba, deux numéros sont associés à la santé : le numéro d'inscription est un numéro à six chiffres attribué à une personne de 18 ans ou plus qui n'est pas réputée être une personne à charge. Le numéro à six chiffres peut être utilisé par tous les membres d'une famille y compris le conjoint et les personnes à charge. Un numéro d'identification médical personnel (NIMP) de neuf chiffres est utilisé pour le paiement des demandes de remboursement de soins médicaux et de services hospitaliers.

En date du 31 mars 2017, on comptait 1 353 720 habitants inscrits au Régime d'assurance-maladie du Manitoba.

Aucune disposition de retrait du RAMM n'est prévue pour les habitants.

3.2 AUTRES CATÉGORIES DE PERSONNES

Aux termes du paragraphe 8(1) du *Règlement sur la résidence et l'inscription* (R.M. 54/93), les travailleurs temporaires doivent être titulaires d'un permis de travail délivré par Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada les autorisant à travailler au moins 12 mois consécutifs, être effectivement présents au Manitoba pendant six mois au cours d'une année civile et être légalement autorisés à demeurer au Canada pour bénéficier de la couverture offerte par SVSAM.

L'article 8.1 (a.1) du *Règlement sur la résidence et l'inscription* prolonge la période de résidence au Manitoba des étudiants étrangers (et de leurs conjoints et personnes à charge) détenant un permis d'études valide pour une période de 12 mois ou plus.

L'article 8.1.1 du *Règlement sur la résidence et l'inscription* prolonge la période de résidence au Manitoba des travailleurs agricoles étrangers (et de leurs conjoints et personnes à charge) détenant un permis de travail temporaire, peu importe la durée de ce permis.

4.0 TRANSFÉRABILITÉ

4.1 PÉRIODE D'ATTENTE MINIMALE

L'article 6 du *Règlement sur la résidence et l'inscription* (R.M. 54/93) fixe la période d'attente pour les assurés d'une autre province ou d'un territoire. Un habitant qui, immédiatement avant son arrivée au Manitoba, habitait dans une autre province ou dans un territoire du Canada est assuré le premier jour du troisième mois qui suit le mois de son arrivée.

4.2 COUVERTURE DURANT DES ABSENCES TEMPORAIRES AU CANADA

Le paragraphe 7(1) du *Règlement sur la résidence et l'inscription* (R.M. 54/93) définit les règles de transférabilité de l'assurance-maladie pendant des absences temporaires au Canada.

Les étudiants sont réputés être des habitants et continuent à être couverts par le Régime manitobain pendant toute la période où ils sont inscrits à temps plein dans un établissement d'enseignement reconnu. Une autre disposition stipule qu'ils doivent avoir l'intention de revenir au Manitoba et d'y résider à la fin de leur programme d'études. Le Manitoba a des ententes officielles de facturation réciproque des services hospitaliers assurés avec toutes les provinces et tous les territoires canadiens.

Les soins aux patients hospitalisés sont payés selon les tarifs normaux approuvés par la province ou le territoire d'accueil. Les paiements versés pour les services en hôpital, les actes médicaux à coût élevé et les services en consultation externe sont fondés sur les tarifs nationaux établis par les régimes de santé provinciaux et territoriaux. Ils comprennent tous les services médicalement nécessaires de même que les coûts relatifs aux soins d'urgence.

Les soins médicaux reçus dans toutes les provinces, à l'exception du Québec, et tous les territoires sont payés dans le cadre des ententes de facturation réciproque aux tarifs de la province ou du territoire d'accueil. Les demandes de remboursement pour soins médicaux reçus au Québec sont soumises par le patient ou le médecin à Santé Manitoba, qui les réglera selon les tarifs en vigueur dans la province d'accueil.

4.3 COUVERTURE DURANT DES ABSENCES TEMPORAIRES À L'EXTÉRIEUR DU CANADA

Le paragraphe 7(1) du *Règlement sur la résidence et l'inscription* (R.M. 54/93) définit les règles de transférabilité de l'assurance-maladie pendant des absences temporaires au Canada.

L'article 7(1)g) du *Règlement sur la résidence et l'inscription* prolonge la période de six à sept mois la période durant laquelle une personne peut s'absenter temporairement du Manitoba pour résider à l'extérieur du Canada sur une période de 12 mois.

Les habitants qui travaillent à temps plein à l'extérieur du Canada ayant des contrats de travail auront droit à l'assurance-santé pendant un maximum de 24 mois consécutifs. Ils doivent retourner au Manitoba et y résider à la fin de leur contrat. Les membres du clergé qui agissent comme travailleurs humanitaires ou qui vont en mission pour le compte d'une organisation religieuse ayant le statut d'organisme de bienfaisance au sens de la *Loi de l'impôt sur le revenu* (Canada) sont couverts par Santé Manitoba pour un maximum de 24 mois consécutifs. Les étudiants sont réputés être des habitants et continuent à être couverts pendant la durée de leur inscription à temps plein dans un établissement d'enseignement reconnu. Une autre disposition stipule qu'ils doivent avoir l'intention de revenir au Manitoba et d'y résider à la fin de leur programme d'études. Les habitants en congé sabbatique ou en congé d'études sont couverts par Santé Manitoba pendant un maximum de 24 mois consécutifs. Ces personnes doivent retourner au Manitoba et y résider à la fin de leur congé.

Les habitants du Manitoba couverts par le régime d'assurance-maladie provincial qui reçoivent des soins médicaux et hospitaliers à l'extérieur du Canada sont admissibles à un remboursement au tarif établi dans le *Règlement sur l'assurance relative aux soins médicaux* et le *Règlement sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des hôpitaux*. Les services médicaux d'urgence obtenus à l'extérieur du Canada sont remboursés à un tarif qui équivaut à celui qu'un médecin manitobain recevrait pour des services semblables. Les soins hospitaliers d'urgence sont remboursés à un tarif quotidien moyen déterminé par Santé, Aînés et Vie active.

4.4 NÉCESSITÉ D'UNE APPROBATION PRÉALABLE

L'approbation préalable n'est pas exigée pour les actes qui sont couverts dans le cadre des ententes de facturation réciproque conclues avec d'autres provinces. Santé Manitoba doit toutefois donner son approbation pour les produits et les actes médicaux onéreux qui ne sont pas visés par ces ententes.

Pour être remboursés, tous les soins médicaux et hospitaliers non urgents fournis à l'extérieur du Canada doivent être préalablement approuvés par Santé Manitoba. Les Manitobains qui nécessitent des soins médicaux ou hospitaliers non offerts au Manitoba ou ailleurs au Canada peuvent être admissibles à un remboursement des coûts engagés à l'étranger, conformément au *Règlement sur l'assurance relative aux soins médicaux*. Ils doivent fournir à Santé Manitoba une recommandation d'un spécialiste indiquant que le patient a besoin d'un service particulier médicalement nécessaire.

5.0 ACCESSIBILITÉ

5.1 ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ ASSURÉS

Santé Manitoba veille à ce que les soins médicaux soient assurés en toute équité et à ce que tous les Manitobains y aient un accès raisonnable. Entré en vigueur le 1^{er} janvier 1999, le *Règlement sur les établissements chirurgicaux* (R.M. 222/98), pris en application de la *Loi sur l'assurance-maladie*, empêche les établissements chirurgicaux privés d'imposer des frais supplémentaires pour les soins médicaux assurés.

La *Loi sur l'assurance-maladie*, et la *Loi sur les cliniques privées* comportent des définitions et d'autres dispositions qui stipulent ce qui suit :

- › aucune facturation ne peut être présentée aux personnes qui reçoivent des services chirurgicaux assurés ou à toute autre personne en leur nom;
- › un établissement chirurgical ne peut effectuer des interventions nécessitant un séjour de plus de 24 heures et fonctionner ainsi comme un hôpital privé.

La *Loi sur l'accessibilité pour les Manitobains* établit des définitions et des principes qui assurent l'accessibilité en supprimant les barrières qui bloquent les personnes handicapées dans leur accès à des soins de santé et en empêchant la création de telles barrières, notamment en ce qui concerne :

- › l'hébergement;
- › le milieu bâti, y compris les établissements, les bâtiments, les constructions et les locaux;
- › la façon dont les biens, les services et les renseignements sont fournis et reçus;
- › les activités et les entreprises désignées par règlement.

Santé Manitoba est déterminé à respecter les principes du régime d'assurance-maladie et à améliorer la santé de tous les Manitobains. En 2016–2017, le Manitoba a continué d'appuyer ces engagements par certaines activités notamment :

- › Former un partenariat avec les offices régionaux de la santé (ORS) et les médecins offrant des soins primaires, afin de permettre à 95 % des personnes inscrites à trouver un fournisseur de soins primaires (plus de 70 000 personnes) depuis le lancement du programme Trouver un médecin en juillet 2013. Le taux de satisfaction générale concernant l'inscription au programme était de 91,5 %.
- › En collaboration avec les offices régionaux de la santé, ActionCancer Manitoba, et Diagnostic Services Manitoba travailler à la réduction du parcours à partir du doute jusqu'au traitement du patient atteint d'un cancer, à deux mois ou moins, pour certains type de cancer.
- › Améliorer l'accès et la qualité des soins de santé primaires, y compris la mise en œuvre de huit cliniques de soins rapides, trois cliniques mobiles de soins primaires à Santé Prairie Mountain, à l'ORS Southern Health-Santé Sud et à l'ORS d'Entre-les-lacs et de l'Est, ainsi que onze réseaux de soins primaires partout au Manitoba.
- › Fournir un financement pour accroître le nombre de professionnels de la santé et du personnel infirmier pouvant pratiquer au Manitoba comme suit :
 - › Le nombre de médecins spécialistes a augmenté de 13 (de 1 394 à 1 407).

- › Le nombre d'omnipraticiens a augmenté de 7 (de 1 354 à 1 361).
- › Le nombre du personnel infirmier autorisé a augmenté de 135 (de 13 547 à 13 682).
- › Le nombre du personnel infirmier praticien a augmenté de 15 (de 172 à 187).
- › Le nombre du personnel infirmier psychiatrique autorisé a augmenté de 35 (de 1 017 à 1 035).
- › Le nombre du personnel infirmier auxiliaire autorisé a augmenté de 46 (de 3 355 à 3 401).
- › Superviser la mise en place, à l'échelle provinciale, de la mammographie numérique, ce qui a permis d'accélérer le dépistage et le diagnostic du cancer du sein.
- › Travailler avec les offices régionaux de la santé du Manitoba et du Nunavut, afin de mettre en place un nouveau comité provincial d'utilisation des lits, ce qui permettra de régler le problème de roulement des patients et d'accorder la priorité à l'admission au Centre de santé mentale de Selkirk.
- › Élargir et simplifier le répertoire des dossiers médicaux électroniques (DME), et en accroître l'efficacité. Plus de 190 cliniques de soins primaires (et d'autres s'ajoutent) transmettent régulièrement des données des DME.
- › Collaborer avec les offices régionaux de la santé de toute la province à la mise en œuvre du programme de dépistage systématique des déficiences auditives chez les nouveau-nés, afin que tous les nourrissons nés au Manitoba aient accès au dépistage des déficiences auditives et pour assurer l'uniformité, l'équité, la qualité et la sécurité des services normalisés à l'échelle provinciale qui sont offerts par les organisations partenaires.

En plus de continuer à investir pour améliorer l'accès des clients aux services de soins primaires à l'échelle de la province, Santé Manitoba se penche aussi sur la continuité des soins et cherche à veiller à ce qu'un éventail plus complet de services soient offerts. Par exemple, pour réaliser l'orientation du Manitoba d'ériger un système de soins primaires intégré, on a continué d'investir dans certaines initiatives, comme les réseaux de soins primaires et des équipes interprofessionnelles. Un nouveau processus de planification de la capacité en soins primaires a été adopté, afin de mieux adapter la disponibilité des fournisseurs en fonction de la demande de services. Cela permet de mieux tenir compte des besoins de longue date de certaines collectivités rurales et éloignées.

On a aussi continué d'investir dans des initiatives existantes qui améliorent la capacité, la qualité et l'efficacité des soins primaires, comme les indicateurs de la qualité des soins primaires et l'établissement de cliniques à domicile pour les fournisseurs de soins primaires, qui serviraient de foyer pour le patient au sein du système de soins de santé. Parmi les autres efforts déployés pour appuyer l'efficacité, il y a la formation concernant Accès avancé, ainsi que des normes pour permettre aux cliniques de soins primaires et aux programmes communautaires régionaux de mesurer l'accès et de chercher à offrir aux patients un accès à un fournisseur de soins primaires au cours des 24 à 48 heures qui suivent. La mise en place et l'utilisation croissante des dossiers médicaux électroniques dans 80 % des cliniques de soins primaires appuient également la production de rapports sur l'amélioration constante de la qualité des soins primaires à l'échelle du Manitoba.

Santé Manitoba continue d'explorer les façons d'améliorer et de maintenir l'accès aux soins actifs et aux services d'urgence à l'échelle du Manitoba, en fonction de son budget. Il a axé les efforts afin d'améliorer l'efficacité des services offerts, faisant en sorte que davantage de services soient offerts

aux Manitobains dans le respect du financement établi. Santé Manitoba a créé un Groupe de travail sur la réduction des temps d'attente, afin de définir les possibilités pour améliorer l'accès aux services d'urgence et aux interventions prioritaires (arthroplastie totale de la hanche ou du genou, chirurgie de la cataracte et imagerie par résonance magnétique), ainsi que d'informer des recommandations.

En collaboration avec l'Office régional de la santé de Winnipeg (ORSW), Santé Prairie Mountain et Diagnostic Services Manitoba (DSM), Santé Manitoba a entrepris de donner suite aux recommandations issues du rapport du Bureau du vérificateur général sur la gestion des services d'IRM au Manitoba.

Un appui a été accordé relativement à la mise en œuvre des investissements dans la prévention, le dépistage et le traitement du cancer.

Le Manitoba connaît toujours une croissance dans le nombre d'infirmières praticiennes en exercice. On comptait 18 305 infirmières praticiennes actives au Manitoba en 2016. Cela représente un gain net de 214 infirmières par rapport à 2015 (18 091).

Le 9 avril 2014, une nouvelle convention collective a été conclue avec le Manitoba Nurses' Union (MNU). La convention collective a une durée de quatre ans, du 1^{er} avril 2013 au 31 mars 2017. La convention prévoit des augmentations salariales de 10,1 % sur quatre ans, réparties comme suit : 2 % d'augmentation rétroactive pour 2013, 2 % en 2014 (plus 1,1 % d'ajustement au marché), 2 % en 2015 et 2 % en 2016 (plus 1 % d'ajustement au marché). Dans le cadre de la nouvelle convention, les parties se sont engagées à faire un certain nombre de choses après les négociations, y compris déterminer, mettre au point et mettre en œuvre des modifications liées à la prestation du système visant à améliorer l'efficacité et l'efficience de la prestation des soins de santé au Manitoba.

Le Fonds pour le recrutement de personnel infirmier et le maintien des effectifs, créé en 1999, afin d'aider les offices régionaux de la santé à combler la demande quant au personnel infirmier, autant en termes de recrutement que de maintien en poste de l'effectif au Manitoba, a continué de fournir une assistance financière pour aider le personnel infirmier admissible de toutes les catégories à payer les coûts de réintégration de la profession et de déménagement pour travailler au Manitoba. De plus, il a fourni un financement pour inciter le personnel infirmier à travailler dans les régions rurales et du nord, ainsi que dans d'autres domaines où le besoin se fait sentir, afin d'améliorer la prestation des soins de santé dans la province.

En plus d'assurer la disponibilité suffisante de l'effectif infirmier, des efforts ciblés permanents seront déployés pour veiller à ce que les ressources en soins infirmiers soient optimisées, et que le personnel infirmier ait l'occasion de mettre en pratique toutes ses compétences.

La mise en place permanente de la transformation généralisée des soins de santé dans le contexte des soins primaires, dans le cadre de laquelle davantage de services pourraient être offerts à la collectivité, va bon train. Des efforts ciblés supplémentaires devraient être déployés au cours des prochaines années, afin de tenir compte de l'âge croissant de l'effectif, puisque plusieurs prendront leur retraite, ainsi que de l'âge croissant de la population qui aura besoin de services à long terme.

La province a travaillé en faveur de l'élargissement du rôle d'auxiliaire médical (AM) au Manitoba. Les AM sont des professionnels de la santé hautement qualifiés qui exercent la médecine sous la supervision de médecins autorisés. Les AM sont réglementés par le Collège des médecins et chirurgiens du Manitoba.

(CMCM) et doivent être inscrits auprès de ce dernier pour avoir le droit d'exercer leur profession au Manitoba. Le CMCM détermine le champ d'exercice précis de l'AM en approuvant la description de sa pratique, qui est signée par le médecin qui le supervise.

Depuis que le Manitoba a établi son Règlement sur les AM en 1999, le rôle de l'AM a été élargi : il est passé de postes dans les unités de chirurgie aiguë (générale, orthopédique et cardiaque) à des postes de soutien clinique dans les secteurs de la santé mentale, de la médecine interne, de l'oncologie et des soins primaires. Les AM travaillant dans le secteur des soins primaires au Manitoba sont passés d'une pratique en « solo » dans des régions rurales du Manitoba, avec la supervision et le soutien de médecins d'une communauté voisine, à une pratique à la fois dans des cliniques de soins primaires et dans des cliniques communautaires appliquant le principe de la rémunération à l'acte qui sont dirigées par un office régional de la santé. La demande à l'égard d'AM continue de croître puisque la profession a démontré qu'elle était capable de s'adapter pour relever les défis relatifs à l'accès et aux services dans l'ensemble du système de santé du Manitoba. Le 13 novembre 2017, on comptait 100 AM inscrits au CMCM.

5.2 RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS

Le Manitoba continue à employer les modes de paiement suivants pour ses médecins : rémunération à l'acte, rémunération contractuelle, association de divers modes de paiement et rémunération à la vacation. La *Loi sur l'assurance-maladie* régit la rémunération des médecins pour les services assurés. Aucune modification touchant la rémunération des médecins n'a été apportée à la *Loi sur l'assurance-maladie* en 2016–2017.

La rémunération à l'acte est encore le principal mode de paiement. Les autres modes de paiement représentent une part importante de la rémunération totale des médecins du Manitoba. Les médecins rémunérés autrement que la rémunération à l'acte, y compris les salariés (relation d'emploi) et les travailleurs autonomes à forfait. Le Manitoba associe également divers modes de paiement le cas échéant. De plus, les médecins peuvent recevoir des paiements à la vacation pour dispenser des soins médicaux pour une période donnée, de même que des allocations lorsqu'ils sont de garde et pour d'autres fonctions.

Santé Manitoba représente la province dans le cadre des négociations avec les médecins. Les médecins sont généralement représentés par Doctors Manitoba, sauf pour quelques exceptions, comme les oncologues embauchés par Action cancer Manitoba.

Le 12 février 2015, Doctors Manitoba et le gouvernement du Manitoba ont conclu une entente de 4 ans, afin de renouveler la convention collective des médecins qui est entrée en vigueur le 1^{er} avril 2015. Elle prendra fin le 31 mars 2019.

Le Manitoba Physician's Manual contient l'ensemble des descriptions des tarifs d'honoraires, des tarifs et des prescriptions d'application ainsi que le processus de règlement des différends relativement aux paiements à l'acte versés aux médecins. Ce document constitue le barème des prestations payables aux médecins au nom des personnes assurées au Manitoba conformément au *Règlement sur l'assurance relative aux soins médicaux* pris en vertu de la *Loi sur l'assurance-maladie*.

Toutes les demandes de remboursement des paiements à l'acte doivent être présentées par voie électronique. La présentation de demandes de remboursement sur support papier est permise de façon limitée et seulement après l'obtention de l'approbation préalable de Santé Manitoba. Les demandes de remboursement des paiements à l'acte doivent être reçues dans les six mois suivant la date à laquelle le médecin a rendu le service.

5.3 PAIEMENTS AUX HÔPITAUX

La section 3.1 de la partie 4 de la *Loi sur les offices régionaux de la santé* présente les dispositions concernant les accords d'exploitation entre les offices régionaux de la santé et les administrateurs d'hôpitaux et de foyers de soins personnels, qui sont des « personnes morales dispensant des soins de santé » au sens de la Loi.

Aux termes des dispositions de la section 3.1, les offices régionaux de la santé ne peuvent fournir de fonds de fonctionnement à une personne morale dispensant des soins de santé en l'absence d'un accord écrit prévoyant les services de santé devant être fournis par la personne morale, indiquant les fonds devant être fournis par l'office régional de la santé pour les services de santé, précisant les modalités de l'accord et prévoyant un processus de règlement des litiges et les recours en cas de contravention à l'accord. Si les parties ne peuvent parvenir à un accord, la Loi les autorise à demander au ministre de la Santé de nommer un médiateur pour les aider à régler les questions en litige. Si la médiation est infructueuse, le ministre peut régler la ou les questions en litige. La décision du ministre est alors exécutoire pour les parties.

Trois offices régionaux de la santé sont responsables d'hôpitaux dirigés par des personnes morales offrant des soins de santé dans les régions qu'ils desservent. Les offices ont les accords nécessaires avec ces personnes morales qui permettent à l'office régional de la santé de déterminer le financement qui sera accordé en s'appuyant sur des données objectives, des pratiques exemplaires et les critères qui s'appliquent normalement pour des établissements comparables. Dans toutes les autres régions, les hôpitaux sont dirigés en vertu de la *Loi sur les offices régionaux de la santé*.

Santé Manitoba doit approuver l'affectation des ressources par les offices régionaux de la santé, dans le cadre de l'approbation des plans de santé régionaux que ces offices régionaux sont tenus de soumettre aux fins d'approbation conformément à l'article 24 de la *Loi sur les offices régionaux de la santé*. Selon l'article 23, les offices régionaux de la santé doivent affecter les ressources en conformité avec le plan de santé régional approuvé.

En vertu du paragraphe 50(2.1) de la *Loi sur l'assurance-maladie*, les sommes au titre des paiements du Régime d'assurance-maladie du Manitoba (RAMM) pour les soins hospitaliers assurés doivent être versées aux offices régionaux de la santé. Si l'office régional de la santé n'est pas le propriétaire de l'hôpital et n'en assure pas le fonctionnement, il doit verser l'argent à l'hôpital, en conformité avec tout accord conclu entre l'office régional de la santé et l'administrateur de l'hôpital.

Aucune modification législative apportée à la Loi ou à son Règlement au cours de l'exercice 2016–2017 n'a touché les paiements aux hôpitaux.

6.0 RECONNAISSANCE ACCORDÉE AUX TRANSFERTS FÉDÉRAUX

Dans les documents officiels, le Manitoba reconnaît régulièrement les contributions versées par le gouvernement fédéral au titre du Transfert canadien en matière de santé (TCS). Les transferts fédéraux sont indiqués dans le document Budget des dépenses et des recettes (budget du Manitoba) et dans les comptes publics du Manitoba. Les deux documents sont publiés chaque année par le gouvernement du Manitoba.

PERSONNES INSCRITES

Année	2012–2013	2013–2014	2014–2015	2015–2016	2016–2017
1. Nombre en date du 31 mars (#)	1 271 388	1 289 268	1 317 861	1 320 343	1 339 308 ¹

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE

ÉTABLISSEMENTS PUBLICS

Année	2012–2013	2013–2014	2014–2015	2015–2016	2016–2017
2. Nombre (#)	96	96	96	96	96
3. Paiements pour des services de santé assurés (\$)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible

ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS À BUT LUCRATIF

Année	2012–2013	2013–2014	2014–2015	2015–2016	2016–2017
4. Nombre d'établissements privés à but lucratif offrant des services de santé assurés (#)	1	1	0 ²	0 ²	0 ²
5. Paiements aux établissements privés à but lucratif pour des services de santé assurés (\$)	1 928 985	2 040 914	0 ²	0 ²	0 ²

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS AUX RÉSIDENTS DANS UNE AUTRE PROVINCE OU UN AUTRE TERRITOIRE

Année	2012–2013	2013–2014	2014–2015	2015–2016	2016–2017
6. Nombre total de demandes patients hospitalisés (#)	2 690	2 978	2 829	2 507	2 458
7. Total des paiements patients hospitalisés (\$)	25 548 935	29 138 109	25 458 440	27 875 311	28 194 575
8. Nombre total de demandes patients externes (#)	31 270	33 999	32 083	30 485	30 412
9. Total des paiements patients externes (\$)	10 073 238	11 830 872	11 010 715	10 542 720	11 535 541

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA

Année	2012–2013	2013–2014	2014–2015	2015–2016	2016–2017
10. Nombre total de demandes patients hospitalisés (#)	628	722	614	616	589
11. Total des paiements patients hospitalisés (\$)	4 317 523	1 826 483	1 697 912	5 162 892	3 148 170
12. Nombre total de demandes patients externes (#)	11 408	12 145	12 028	11 982	10 842
13. Total des paiements patients externes (\$)	3 193 548	3 080 536	3 344 999	3 790 531	3 652 283

¹ Population en date du 1^{er} juin 2016.² Depuis 2014–2015, Santé Manitoba n'a plus d'arrangement avec les établissements privés à but lucratif. Les offices régionaux de la santé du Manitoba vous donnent accès à ces établissements. Les données révisées de 2014–2015 le reflètent.

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE

Année	2012–2013	2013–2014	2014–2015	2015–2016	2016–2017
14. Nombre de médecins participants (#)	2 354	2 354	2 510	2 533	2 660
15. Nombre de médecins ayant opté pour le retrait du régime d'assurance-santé (#)	0	0	0	0	0
16. Nombre de médecins non participants (#)	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
17. Total des paiements des services médicaux rémunérés pour l'ensemble des méthodes de paiement (\$)	988 164 000	1 082 193 000	1 134 521 000	1 204 757 000	1 283 742 000
18. Total des paiements des services médicaux rémunérés à l'acte (\$)	593 129 217	659 208 383	742 136 000	784 398 000	867 122 000

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS AUX RÉSIDENTS DANS UNE AUTRE PROVINCE OU UN AUTRE TERRITOIRE

Année	2012–2013	2013–2014	2014–2015	2015–2016	2016–2017
19. Nombre de services (#)	238 400	226 473	244 903	263 393	254 395
20. Total des paiements (\$)	11 127 080	11 137 758	11 963 709	12 545 113	13 062 681

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA

Année	2012–2013	2013–2014	2014–2015	2015–2016	2016–2017
21. Nombre de services (#)	7 984	8 216	7 785	7 995	6 641
22. Total des paiements (\$)	1 148 432	888 084	1 048 275	1 269 879	1 042 755

SERVICES DE CHIRURGIE DENTAIRE ASSURÉS FOURNIS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE

Année	2012–2013	2013–2014	2014–2015	2015–2016	2016–2017
23. Nombre de dentistes participants (#)	160	166	190	207	227
24. Nombre de dentistes ayant opté pour le retrait du régime d'assurance-santé (#) ^a					non disponible
25. Nombre de dentistes non participants (#) ^a					non disponible
26. Nombre de services fournis (#)	5 236	5 656	6 397	6 561	7 249
27. Total des paiements (\$)	1 231 972	1 493 071	2 083 453	1 531 281	1 851 615

^a Santé Canada a demandé cette donnée à partir du rapport de 2016–2017, mais n'a pas demandé aux provinces ni aux territoires de la rapporter pour les années précédentes.

SASKATCHEWAN

Le ministère de la Santé de la Saskatchewan aux soins se concentre sur les soins de santé influencés par notre programme du patient d'abord dans le cadre duquel nous nous concentrons sur une meilleure santé, de meilleurs soins, une meilleure valeur et de meilleures équipes pour tous les personnes de la Saskatchewan. Le Ministère explore continuellement des approches inventives pour satisfaire aux besoins et respecter les valeurs des patients et de leur famille à toutes étapes, soit de la planification à la prestation des soins.

Cette innovation prend la forme d'une transition entre 12 régies régionales de la santé vers une seule régie de la santé de la Saskatchewan, transition qui devrait avoir lieu en décembre 2017. Ce changement vers une seule régie provinciale de la santé est axé sur l'engagement d'améliorer les soins aux patients de première ligne pour les personnes de la Saskatchewan. Une régie provinciale de la santé qui se concentre sur une meilleure coordination des services de santé partout dans la province assurera aux patients de recevoir en temps opportun des soins de santé de grande qualité, peu importe où ils se trouvent en Saskatchewan.

Le système de prestation de soins de santé de la Saskatchewan se comprend également l'Agence de lutte contre le cancer de la Saskatchewan, la Cybersanté Saskatchewan, les Services de santé partagés de la Saskatchewan (3sHealth), la régie de santé d'Athabasca, les organisations de soins de santé affiliés et un groupe diversifié de professionnels pratiquant pour la plupart au privé. La province compte 26 professions de la santé autoréglémentées et le système de santé emploie plus de 42 000 personnes offrant tout un éventail de services.

Le Ministère continuera d'assurer la supervision stratégique efficace du conseil d'administration de la régie de santé de la Saskatchewan et de l'Agence de lutte contre le cancer de la Saskatchewan et d'encourager les conseils, la gestion et les professionnels de la santé de tous les niveaux à faire preuve de leadership.

Le Ministère continuera également ses partenariats avec les organisations locales, régionales, provinciales, nationales et internationales puisque ces partenariats sont fondamentaux pour offrir à tous les résidents de la Saskatchewan un accès à des services de santé de qualité.

Consultez le site www.saskatchewan.ca pour obtenir de plus amples renseignements sur les programmes et les services du Ministère.

1.0 GESTION PUBLIQUE

1.1 RÉGIME D'ASSURANCE-SANTÉ ET AUTORITÉ PUBLIQUE

Le gouvernement provincial est responsable du financement des services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire assurés en Saskatchewan et il doit en assurer la prestation. L'article 6.1 de la *Health Administration Act* autorise le ministre de la Santé à poser les actes suivants :

- › payer, en tout ou en partie, le coût associé à la prestation des services de santé pour toutes les personnes ou classes de personnes pouvant être désignées par le lieutenant-gouverneur en conseil;
- › accorder des subventions ou des prêts aux régies régionales de la santé, aux organismes de soins de santé ou aux municipalités pour qu'ils assurent la prestation et le fonctionnement des services de santé ou des services de santé publique;
- › payer, en tout ou en partie, les frais associés à la prestation des services de santé dans toute région de santé ou partie de celle-ci où le ministre juge ces services nécessaires;
- › verser des subventions aux organismes de santé, lorsque le ministre le juge nécessaire;
- › verser des subventions pour stimuler et favoriser la recherche en santé publique et la réalisation d'enquêtes et d'études dans ce domaine.

Les articles 8 et 9 de la *Saskatchewan Medical Care Insurance Act* donnent au ministre de la Santé le pouvoir d'établir et de gérer un régime d'assurance-santé pour les habitants de la province. La *Regional Health Services Act*, mise sur pied en 2002, porte sur la création des 12 régies régionales de la santé.

Les articles 3 et 9 de la *Cancer Agency Act* donnent le pouvoir d'établir la Saskatchewan Cancer Agency, et confèrent à cet organisme le mandat de coordonner un programme de diagnostic, de prévention et de traitement du cancer.

Les mandats du ministère de la Santé, des régies régionales de la santé et de la Saskatchewan Cancer Agency sont définis dans la *Health Administration Act*, la *Regional Health Services Act* et la *Cancer Agency Act*.

1.2 LIENS HIÉRARCHIQUES

Le ministère de la Santé relève directement du ministre de la Santé, à qui il doit présenter périodiquement des comptes rendus sur l'allocation, et l'administration des fonds, dédiés aux services médicaux, hospitaliers et de chirurgie dentaire assurés.

Aux termes de l'article 36 de la *Medical Care Insurance Act*, le ministre de la Santé doit soumettre un rapport annuel sur le régime d'assurance-santé à l'Assemblée législative.

La *Regional Health Services Act* oblige les régies régionales de la santé à soumettre au ministre de la Santé les documents suivants :

- › un rapport sur les activités des régies régionales de la santé;
- › un ensemble complet d'états financiers vérifiés.

Conformément à la loi, le ministre présente ensuite ces rapports et états financiers à l'Assemblée législative.

Aux termes de l'article 54 de la *Regional Health Services Act*, les régies régionales de la santé et la Cancer Agency soumettent au ministre tout rapport que celui-ci pourrait leur demander, le cas échéant. Les régies régionales de la santé et la Cancer Agency doivent aussi soumettre des documents financiers variés et un plan d'action sur les services de santé au ministère de la Santé de la Saskatchewan.

1.3 VÉRIFICATION DES COMPTES

Le vérificateur provincial vérifie chaque année les comptes des ministères et organismes gouvernementaux, y compris ceux du ministère de la Santé. La vérification du ministère de la Santé inclut l'examen des paiements du Ministère compris mais non limités aux paiements faits aux régies régionales de la santé, à la Saskatchewan Cancer Agency, aux médecins et aux chirurgiens-dentistes pour les services médicaux et les chirurgies dentaires assurés sont visés par cette vérification.

L'article 57 de la *Regional Health Services Act* stipule qu'un vérificateur indépendant, possédant les compétences requises et nommé à cette fin par la régie régionale de la santé et la Saskatchewan Cancer Agency, doit vérifier au moins une fois par exercice les comptes des régies régionales de la santé et de la Saskatchewan Cancer Agency. Chaque régie régionale de la santé et la Saskatchewan Cancer Agency doivent soumettre annuellement au ministre de la Santé ses états financiers détaillés et vérifiés.

Les dernières vérifications portaient sur l'exercice prenant fin le 31 mars 2017. Les régies régionales de la santé et la Saskatchewan Cancer Agency déposent chacune un rapport annuel à l'Assemblée législative de la Saskatchewan, à chaque année, qui inclue leur état financier vérifié. Le gouvernement de la Saskatchewan dépose aussi, à chaque année, ses états financiers vérifiés (comptes publics) à l'Assemblée législative. Le public peut obtenir les rapports directement de chacun de ces groupes et les consulter sur leurs sites Web.

Le Bureau du vérificateur provincial de la Saskatchewan fournit une assurance indépendante (rapports de vérification) et des conseils sur des pratiques de responsabilisation et de gestion des ressources publiques qu'applique le gouvernement. Il informe l'Assemblée législative à propos de la fiabilité des renseignements financiers et opérationnels du gouvernement, de la conformité de ce dernier aux autorités législatives et du caractère adéquat du processus gouvernemental de gestion des ressources publiques. Ses rapports sont disponibles sur le site Web du vérificateur provincial à l'adresse suivante : www.auditor.sk.ca. (en anglais seulement).

2.0 INTÉGRALITÉ

2.1 SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS

Aux termes de l'article 8 de la *Regional Health Services Act*, le ministre peut fournir du financement à une régie régionale de la santé ou à un organisme de santé pour l'application de cette loi.

Aux termes de l'article 10 de la Loi, le ministre peut désigner des établissements, dont des hôpitaux, des foyers de soins spéciaux et des centres de santé. Par ailleurs, l'article 11 l'autorise à imposer des normes pour la prestation de services dans ces établissements par les régies régionales de la santé et les organismes de soins de santé qui ont conclu des ententes de services avec une régie régionale de la santé.

La Loi impose aux régies régionales de la santé et aux organismes de soins de santé des exigences de reddition de comptes. Ceux-ci doivent faire approuver leurs plans annuels financiers et de services de santé par le ministre (article 51), mettre en place des réseaux consultatifs communautaires (article 28) et signaler les incidents majeurs (article 58). Le ministre peut également établir un registre pour faciliter la gestion des temps d'attente en chirurgie (article 12). Il conserve ses pouvoirs de faire enquête (article 59),

de nommer un administrateur public au besoin (article 60) et d'approuver des règlements généraux et des règlements concernant les professionnels de la santé faisant partie du personnel d'un établissement (articles 42 à 44).

Le financement des hôpitaux est inclus dans les fonds octroyés aux régies régionales de la santé.

Les hôpitaux fournissent une gamme complète de services assurés, notamment : l'hébergement en salle commune; les services infirmiers nécessaires; l'usage des salles d'opération et des salles de travail; les fournitures et les matériels médicaux et chirurgicaux requis; les actes de radiographie, de laboratoire, de radiologie ou autres actes de diagnostic; les installations de radiothérapie; les agents anesthésiques et l'usage de matériel d'anesthésie; les actes de physiothérapie; tous les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes administrés à l'hôpital; les services fournis par les personnes rémunérées à cet effet par l'hôpital.

Les hôpitaux sont regroupés dans les cinq catégories suivantes : communautaire, du Nord, de district, régional et provincial. Ainsi, la population sait à quoi s'attendre à chaque hôpital. Même si les types de services peuvent varier d'un hôpital à l'autre, voici ce que l'on entend par fiabilité et prévisibilité :

- › la plupart des gens savent quels types de services sont offerts par chaque hôpital;
- › ces services sont fournis sur une base permanente, sous réserve de la présence de fournisseurs de soins compétents.

Les régies régionales de la santé ont le pouvoir de changer leur mode de prestation des services hospitaliers assurés en fonction de l'évaluation des besoins en santé de leur population, de la disponibilité des fournisseurs de soins et des ressources financières dont elles disposent.

Le processus d'ajout d'un service à la liste des services hospitaliers couverts par le régime d'assurance-santé comporte un examen approfondi prenant en compte des facteurs comme les besoins, le volume anticipé, les résultats cliniques du service proposé par rapport à ceux d'autres services, le coût ainsi que les besoins en ressources humaines, y compris la disponibilité des fournisseurs et les exigences relatives à la certification initiale et continue de leurs compétences. Ce processus est entrepris à l'instigation d'une régie régionale de la santé et, selon le service qu'on veut ajouter, il peut nécessiter des consultations auprès de plusieurs directions générales du ministère de la Santé et de groupes d'intervenants externes, comme des représentants des autres régies régionales de la santé, des fournisseurs de services et le public.

2.2 SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS

Les articles 8 et 9 de la *Saskatchewan Medical Care Insurance Act* autorisent le ministre de la Santé à établir et à gérer un régime d'assurance-santé pour les habitants de la province. On peut prendre connaissance de tous les honoraires des médecins dans le barème des prestations à l'adresse suivante : www.saskatchewan.ca (en anglais seulement). En date du 31 mars 2017, 2 491 médecins étaient autorisés à exercer la médecine dans la province et à participer au régime d'assurance-santé. De ce nombre, 1 301 (52,2 %) étaient des médecins de famille et 1 190 (47,3 %) étaient des spécialistes. Un médecin peut choisir de ne pas participer au régime d'assurance santé (dans la loi de la Saskatchewan, « opting out » c'est-à-dire non-participation), mais ce faisant, il ne peut participer à aucun service médical assuré. Selon la loi, le médecin non-participant doit informer ses patients admissibles que ses services ne sont pas assurés par le régime, qui ne les remboursera donc pas. Une reconnaissance écrite du patient attestant qu'il comprend l'information donnée par le médecin est également requise.

En date du 31 mars 2017, aucun médecin de la Saskatchewan n'était non-participant.

Les services médicaux assurés sont les services médicalement nécessaires fournis par un médecin et couverts par le régime d'assurance-santé du ministère de la Santé. Ils figurent au barème des prestations des médecins du *Saskatchewan Medical Care Insurance Payment Regulations*, un règlement de la *Medical Care Insurance Act* de 1994.

Il existe un processus de discussion officielle et de négociation entre les responsables du régime de soins médicaux et la Saskatchewan Medical Association concernant les ajouts à la liste des services médicaux assurés et la modification des règles de définition ou d'évaluation de services existants. Le directeur administratif de la Medical Services Branch gère ce processus. En cas d'ajout à la liste de services médicaux assurés ou de changements apportés à un service existant, la modification apparaît dans le barème des prestations des médecins. Il faut qu'une modification réglementaire soit apportée à la *Saskatchewan Medical Care Insurance Payment Regulations* pour qu'elle ait le pouvoir de payer les taux mis à jour aux médecins et aux nouveaux services assurés.

Bien qu'il n'y ait pas de consultations publiques formelles, tout membre du public peut recommander l'ajout d'un service médical au régime de soins.

2.3 SERVICES DE CHIRURGIE DENTAIRE ASSURÉS

Un dentiste peut choisir de ne pas participer au régime d'assurance-santé (dans la loi de la Saskatchewan, « opting out » c'est-à-dire non-participation), mais ce faisant, il ne peut participer à aucun service assuré de chirurgie dentaire. Le dentiste non-participant doit informer ses patients admissibles que ses services ne sont pas assurés par le régime, qui ne les remboursera donc pas. Une reconnaissance écrite du patient attestant qu'il comprend l'information donnée par le dentiste est également requise.

En date du 31 mars 2017, aucun dentiste de la Saskatchewan n'était non-participant.

Les services de chirurgie dentaire assurés sont limités aux actes de chirurgie maxillo-faciale nécessaires à la suite de lésions traumatiques; aux services thérapeutiques pour le traitement orthodontique des fentes palatines; aux extractions dentaires médicalement nécessaires; au traitement chirurgical d'un trouble de l'articulation temporomandibulaire; aux implants dentaires dans des circonstances exceptionnelles (tumeurs ou d'origine congénitale) et à la demande d'un spécialiste de la chirurgie buccale et maxillo-faciale, avec l'approbation préalable de la Medical Services Branch; et à certains services pour corriger des anomalies de la bouche et des structures voisines. Toute anesthésie dentaire pour les patients admissibles de moins de 14 ans est assurée.

Des services de chirurgie dentaire peuvent être ajoutés à la liste de services assurés du régime d'assurance-santé à la suite d'un processus de discussion, de consultation et de négociation avec les chirurgiens-dentistes de la province. Le directeur administratif de la Medical Services Branch gère le processus d'ajout d'un nouveau service. Tout membre du public peut recommander l'ajout de services de chirurgie dentaire au régime de soins médicaux, même en l'absence de consultation publique officielle à ce sujet.

En date du 31 mars 2017, il y avait quelque 500 dentistes et chirurgiens-dentistes exerçant leur profession dans les principaux centres de la Saskatchewan. Soixante-dix-huit offraient des services assurés dans le cadre du régime d'assurance-santé.

2.4 SERVICES HOSPITALIERS, MÉDICAUX ET DE CHIRURGIE DENTAIRE NON ASSURÉS

En Saskatchewan, les services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés sont : les services hospitaliers aux patients hospitalisés et externes, lorsqu'ils ne sont pas nécessaires sur le plan médical; les services prescrits comme étant des « services non assurés » dans la loi; le coût supplémentaire de l'hébergement en chambre individuelle ou à deux lits, lorsque ce type d'hébergement n'est pas prescrit par un médecin; les services de physiothérapie et d'ergothérapie qui ne sont pas fournis par une régie régionale de la santé ou dans le cadre d'un contrat avec celle-ci; les services fournis par un établissement de santé autre qu'un hôpital, sauf en cas d'entente avec une régie régionale de la santé, pourvu que cet établissement détienne une licence en vertu de la *Patient Choice Medical Imaging Act* ou de la *Health Facilities Licensing Act*; les services assurés hospitaliers, médicaux ou de chirurgie dentaire non urgents obtenus à l'extérieur du Canada qui n'ont pas fait l'objet d'une approbation écrite préalable; les services médicaux non urgents qui ne sont pas nécessaires sur le plan médical; les services de chirurgie dentaire qui ne sont pas nécessaires sur le plan médical; les services reçus dans le cadre d'autres programmes publics, par exemple en vertu de la *Workers' Compensation Act* et de la *Mental Health Services Act*, ou du ministère fédéral des Anciens combattants.

Par principe et conformément aux politiques, les services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire assurés sont fournis aux habitants en fonction d'un besoin clinique évalué. En Saskatchewan, il est interdit d'imposer des frais pour tout service hospitalier, médical ou de chirurgie dentaire assuré. Il est par contre possible d'en imposer à l'égard de services ou de produits médicaux améliorés, mais seulement s'ils ne sont pas réputés médicalement nécessaires ou s'il ne s'agit pas d'un service assuré. La surveillance de la conformité se fait par voie de consultation des régies régionales de la santé, des médecins et des dentistes.

Lorsqu'on détermine qu'un service hospitalier assuré n'est plus médicalement nécessaire ou cliniquement approprié, il est typiquement déclaré non-assuré par le gouvernement. Le processus implique des discussions parmi les intervenants, les praticiens et les représentants du ministère de la Santé.

Les services médicaux qui sont assurés pourraient également ne plus l'être si l'on estime qu'ils ne sont plus médicalement nécessaires ou cliniquement appropriés. Le processus implique des consultations avec la Saskatchewan Medical Association et est géré par le directeur administratif de la Medical Services Branch.

Les services de chirurgie dentaire peuvent être retirés de la liste des services assurés s'ils ne sont pas jugés médicalement nécessaires ou cliniquement appropriés. Le processus implique des discussions et consultations avec les chirurgiens-dentistes de la province, et est géré par le directeur administratif de la Medical Services Branch.

S'il y a lieu, des consultations publiques officielles peuvent être tenues si on envisage de retirer des services hospitaliers, médicaux ou de chirurgie dentaire de la liste des services assurés.

Depuis le 1^{er} juillet 2017, les services chiropratiques ne sont plus assurés.

3.0 UNIVERSALITÉ

3.1 ADMISSIBILITÉ

La *Saskatchewan Medical Care Insurance Act* (articles 2 et 12) et le *Medical Care Insurance Beneficiary and Administration Regulations* définissent l'admissibilité aux services de santé assurés en Saskatchewan. Aux termes de l'article 11 de la Loi, tous les habitants de la province doivent s'inscrire au régime de soins de santé.

Bien que le règlement établisse les classes de bénéficiaires exemptés des services assurés en vertu de la loi, il est possible pour un habitant de demander que le registre de l'assurance-maladie ne délivre pas de carte d'assurance-maladie dans certains cas (p. ex. pour des raisons religieuses).

L'admissibilité est limitée aux habitants. Un « habitant » est une personne légalement autorisée à demeurer au Canada, domiciliée et habituellement présente en Saskatchewan, ou encore toute personne déclarée habitante par le lieutenant-gouverneur en conseil. Les citoyens canadiens et les résidents permanents du Canada qui viennent s'établir en Saskatchewan sont généralement admissibles à compter du premier jour du troisième mois après avoir établi domicile en Saskatchewan.

Les Canadiens de retour au pays, les familles des membres des Forces canadiennes qui reviennent au pays, les étudiants et les travailleurs étrangers sont admissibles lorsqu'ils établissent domicile en Saskatchewan, pourvu qu'ils l'aient fait avant le premier jour du troisième mois suivant leur entrée au Canada.

Les personnes suivantes ne sont pas couvertes par le régime d'assurance-santé de la Saskatchewan :

- › les membres des Forces canadiennes, les détenus sous responsabilité fédérale et les demandeurs du statut de réfugié, les personnes en visite dans la province;
- › les personnes assurées par le régime de leur province ou de leur territoire de résidence qui séjournent en Saskatchewan (par exemple, les étudiants et les travailleurs assurés par le régime de leur province ou de leur territoire de résidence aux termes des dispositions concernant les absences temporaires).

Toutefois, ces personnes peuvent devenir admissibles dans les cas suivants :

- › les personnes qui quittent les Forces canadiennes, pourvu qu'elles soient alors en poste en Saskatchewan ou habitants de cette province le jour de leur libération;
- › les détenus sous responsabilité fédérale qui sont libérés (qui ont purgé leur sentence ou qui ont obtenu une libération conditionnelle et vivent dans la communauté);
- › les demandeurs du statut de réfugié qui viennent d'obtenir ce statut au sens de la Convention relative au statut des réfugiés (documents de l'immigration exigés).

Les personnes dont la demande de carte d'assurance-maladie provinciale a été rejetée peuvent faire appel de la décision en remplissant et en envoyant le formulaire d'appel pour demande de carte des Services de santé de la Saskatchewan à Cybersanté Saskatchewan (Registres de santé).

En date du 30 juin 2016, 1 176 932 personnes étaient inscrites aux services de santé en Saskatchewan.

3.2 AUTRES CATÉGORIES DE PERSONNES

Les autres catégories de personnes admissibles à l'assurance-santé sont les personnes autorisées à entrer au Canada et à y séjourner à titre de titulaire d'un permis de travail, d'un permis d'études ou d'un permis du ministre délivré par Citoyenneté et Immigration Canada. Les membres de leur famille qui les accompagnent peuvent aussi être admissibles à l'assurance-santé.

Les réfugiés sont admissibles sur confirmation de leur statut de réfugié au sens de la Convention et s'ils sont de plus titulaires d'un permis de travail ou de séjour pour étudiants ou d'un permis du ministre, ou s'ils ont obtenu le statut de résident.

4.0 TRANSFÉRABILITÉ

4.1 PÉRIODE D'ATTENTE MINIMALE

En général, les assurés d'une autre province ou d'un territoire qui déménagent en Saskatchewan sont admissibles à compter du premier jour du troisième mois suivant l'établissement de la résidence. Cependant, si un conjoint arrive avant l'autre conjoint, ce dernier devient admissible à la première des dates suivantes : a) premier jour du troisième mois suivant son arrivée; ou b) premier jour du treizième mois suivant l'établissement de résidence du conjoint arrivé le premier.

4.2 COUVERTURE DURANT DES ABSENCES TEMPORAIRES AU CANADA

L'article 3 du *Medical Care Insurance Beneficiary and Administration Regulations* de la Saskatchewan *Medical Care Insurance Act* définit les règles de transférabilité de l'assurance-santé pour les habitants de la Saskatchewan durant les absences temporaires au Canada.

En 2015–2016, la Saskatchewan a modifié la réglementation pour augmenter la durée pendant laquelle ses habitants peuvent quitter la province tout en conservant leur participation au régime d'assurance-santé. Dorénavant, les habitants peuvent maintenir leur participation au régime d'assurance-santé après avoir quitté la Saskatchewan pendant un maximum de sept mois. Auparavant, les habitants ne pouvaient quitter la Saskatchewan pendant plus de six mois, sur une période de douze mois, sans que leur participation au régime d'assurance-santé soit interrompue. La nouvelle politique est en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2016.

L'article 6.6 de la *Health Administration Act* autorise le paiement de services aux patients hospitalisés aux personnes admissibles de la Saskatchewan pendant une absence temporaire de la province. L'article 10 du *Medical Care Insurance Payment Regulations* de 1994 autorise le paiement des services médicaux aux personnes admissibles de la Saskatchewan pendant une absence temporaire de la province.

Ces personnes continuent d'être assurées à condition d'avoir l'intention de retourner résider en Saskatchewan immédiatement après la période d'absence approuvée, selon les modalités qui suivent :

- › études : pour la durée des études dans un établissement d'enseignement reconnu (l'étudiant doit présenter une confirmation provenant de l'établissement de son statut d'étudiant à temps plein et de la date prévue d'obtention de son diplôme);
- › emploi : jusqu'à 12 mois (aucun document requis);
- › vacances et voyages : jusqu'à 12 mois.

La Saskatchewan a conclu des ententes bilatérales de facturation des services hospitaliers avec toutes les provinces. Le Québec ne participe pas à la facturation réciproque des services médicaux.

4.3 COUVERTURE DURANT LES SÉJOURS TEMPORAIRES À L'EXTÉRIEUR DU CANADA

L'article 3 du *Medical Care Insurance Beneficiary and Administration Regulations* de la Saskatchewan *Medical Care Insurance Act* définit les règles de transférabilité de l'assurance-santé pour les habitants de la Saskatchewan durant une absence temporaire du Canada.

Les étudiants, les travailleurs temporaires, les vacanciers et les voyageurs continuent d'être assurés durant un séjour temporaire à l'étranger à condition d'avoir l'intention de retourner résider en Saskatchewan immédiatement après la période d'absence approuvée, selon les modalités suivantes :

- › études : pour la durée des études dans un établissement d'enseignement reconnu (l'étudiant doit présenter une confirmation provenant de l'établissement de son statut d'étudiant à temps plein et de la date prévue d'obtention de son diplôme);
- › contrat de travail : jusqu'à 24 mois;
- › vacances et voyages : jusqu'à 12 mois.

L'article 3 du *Medical Care Insurance Beneficiary and Administration Regulations* prévoit une couverture de durée indéterminée relativement aux absences temporaires pour les personnes dont la résidence principale est en Saskatchewan, mais qui ne peuvent satisfaire à l'obligation légale d'y résider effectivement six mois par année en raison d'un emploi qui les oblige à voyager d'un endroit à l'autre à l'étranger (les employés de compagnies de croisières, par exemple).

Aux termes de l'article 6.6 de la *Health Administration Act*, un habitant est admissible à la couverture de l'assurance-santé durant un séjour temporaire à l'étranger. En résumé, la couverture s'applique aux services hospitaliers médicalement nécessaires fournis à un patient hospitalisé, au tarif de 100 \$ par jour pour les services aux patients hospitalisés et de 50 \$ par visite et par jour pour les services aux patients externes.

4.4 NÉCESSITÉ D'UNE APPROBATION PRÉALABLE

À l'extérieur de la province

Le ministère de la Santé de la Saskatchewan couvre, dans le cadre d'une entente de facturation réciproque, la plupart des soins hospitaliers et médicaux reçus ailleurs au Canada par les habitants de la province. Ainsi, les habitants n'ont pas besoin d'une approbation préalable pour recevoir des services assurés ailleurs au Canada, et aucun frais ne leur seront imposés à l'égard de ces services. Les frais de déplacement, les repas et l'hébergement ne sont pas couverts.

Une approbation préalable est requise pour les services suivants offerts à l'extérieur de la province :

- › traitement de l'alcoolisme ou de la toxicomanie, services de santé mentale, services de rétablissement, services pour joueurs compulsifs, soins à domicile et certains services de réadaptation.

Le spécialiste du patient doit obtenir l'approbation préalable du Ministère.

À l'extérieur du pays

Le médecin spécialiste qui veut diriger un patient vers l'étranger pour recevoir un traitement non disponible en Saskatchewan ou ailleurs au pays doit d'abord demander l'approbation du régime d'assurance-santé du ministère de la Santé de la Saskatchewan. La Saskatchewan Cancer Agency est consultée pour les demandes de traitement du cancer à l'étranger. Si l'approbation est accordée, le ministère de la Santé couvrira tous les frais du traitement, à l'exception des services non couverts dans la province.

En Saskatchewan, le Comité d'examen des services de santé (CESS) est un comité indépendant qui examine les décisions du gouvernement au sujet des demandes sur la couverture médicale de soins prodigués à l'extérieur de la province et à l'extérieur du pays, s'assure que la loi, les politiques et les lignes directrices sont appliquées de façon appropriée.

Le ministère de la Santé informe les demandeurs admissibles qu'ils peuvent demander un examen par le CESS après le rejet de leur demande d'une couverture de soins prodigués à l'extérieur de la province ou du pays. Une personne peut demander au CESS d'examiner sa demande seulement si la demande de couverture était pour des soins prodigués à l'extérieur de la province, les soins optionnels prodigués à l'extérieur du pays (soins prodigués par un médecin ou dans un hôpital) ou les programmes de santé communautaire (santé mentale, toxicomanie, problème de jeu et services de réhabilitation).

Si le CESS juge un demandeur non admissible ou s'il maintient la décision du Ministère, la personne peut communiquer avec l'ombudsman provincial afin qu'un autre examen soit réalisé.

5.0 ACCESSIBILITÉ

5.1 ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ ASSURÉS

Afin qu'aucun obstacle de nature financière ne nuise à l'accès aux services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire assurés, la facturation de frais supplémentaires par les médecins ou les chirurgiens-dentistes et l'imposition de frais modérateurs par les hôpitaux pour des services de santé assurés sont interdits en Saskatchewan.

Conformément à l'article 18(1.1) de la *Saskatchewan Medical Care Insurance Act*, aucun médecin ni autre professionnel offrant un service assuré à un bénéficiaire ne peut demander ou accepter un paiement pour ce service, à un montant excédant le paiement prescrit pour ce service dans le *Saskatchewan Medical Care Insurance Regulations*.

Lorsqu'un bénéficiaire présente une demande de remboursement pour les montants versés directement à un médecin pour la prestation de services assurés pour lesquels des frais de surfacturation ont été facturés, un message est envoyé au bénéficiaire (avec le médecin en copie conforme) afin de lui indiquer qu'en vertu de l'article 18 (1.1) de la *Saskatchewan Medical Care Insurance Payment Act*, un médecin doit accepter le montant négocié en tant que paiement complet des services assurés fournis à un bénéficiaire. Une fois que les Services médicaux ont versé le montant pour les services médicaux admissibles, tout écart entre le montant facturé par le médecin et le montant versé par les Services médicaux doit être prélevé directement auprès du médecin. Si le bénéficiaire souhaite déposer une plainte, il lui est alors indiqué d'adresser celle-ci au Collège des médecins et des chirurgiens de la Saskatchewan.

Aucune autre mesure disciplinaire n'est prise par le Ministère auprès des parties facturant des frais supplémentaires ou imposant des frais modérateurs.

S'appuyant sur le succès de l'Initiative pour les soins chirurgicaux en Saskatchewan, qui a permis de réduire considérablement le temps d'attente pour les chirurgies, le système de santé travaille à renforcer la coordination, la communication et les lignes directrices de l'aiguillage pour mieux coordonner les services et assurer aux patients un meilleur accès aux spécialistes et aux services diagnostics les plus appropriés. La réduction des temps d'attente pour une consultation avec un spécialiste ou les services diagnostics (comme l'IRM et la TDM) permettra aux patients d'être traités plus rapidement.

En mai 2009, le gouvernement de la Saskatchewan a diffusé une stratégie de recrutement de médecins dans l'espoir de remédier à la pénurie de médecins à la grandeur de la province. Plusieurs initiatives de recrutement ont été financées en 2015–2016.

- › On a poursuivi l'élaboration et le déploiement du plan provincial pour la répartition des effectifs en formation médicale dans le but d'augmenter le nombre de postes de médecins dans les centres ruraux. Des postes ont été offerts à des étudiants de niveau postdoctoral à Regina, Prince Albert, Swift Current, North Battleford, La Ronge et Moose Jaw.
- › L'organisme de recrutement des médecins de la Saskatchewan (saskdocs), créé en 2009, a continué d'offrir une expertise en recrutement aux communautés, aux cabinets de médecins et aux services de santé.
- › Le programme Saskatchewan International Physician Practice Assessment qui travaille à s'assurer que les médecins formés à l'étranger sont évalués de façon rigoureuse et que les patients reçoivent des soins sans danger et de haute qualité.

Autres programmes

Le Programme des services globaux de soins de santé en médecine familiale vise à appuyer le recrutement et le maintien en poste de médecins de famille en reconnaissant l'apport des médecins qui dispensent une gamme complète de services à leurs patients et la continuité des soins qui résulte de ces services globaux.

5.2 RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS

Aux termes de l'article 6 du *Saskatchewan Medical Care Insurance Payment Regulations (1994)*, le ministre de la Santé doit effectuer le paiement des services assurés conformément aux barèmes des prestations des médecins et des dentistes.

La rémunération à l'acte est le mode de rémunération le plus courant pour la prestation de soins de santé assurés en Saskatchewan, bien qu'on utilise aussi la rémunération à la séance, les salaires et les méthodes mixtes. La rémunération à l'acte constitue le seul mécanisme de paiement des services de chirurgie dentaire assurés. Les dépenses pour les programmes et les services médicaux offerts dans la province s'élevaient à 1,048 milliards de dollars en 2016–2017, soit 557,3 millions pour la facturation à l'acte, 31,7 millions pour les programmes de couverture des salles d'urgence, 393,5 millions pour les services non rémunérés à l'acte. Un montant additionnel de 65,7 millions de dollars a été consacré aux autres programmes de la Saskatchewan Medical Association et à des programmes de bourses.

Les médecins de la Saskatchewan ne demandent pas de frais globaux.

5.3 PAIEMENTS AUX HÔPITAUX

Le financement versé aux régies régionales de la santé est établi d'après les niveaux de financement antérieurs corrigés en fonction de l'inflation, des coûts des conventions collectives et des hausses d'utilisation. Chaque régie régionale de la santé reçoit un budget global et doit affecter les fonds en fonction des besoins en services et des priorités que ses processus d'évaluation des besoins ont fait ressortir. Les régies régionales de la santé peuvent recevoir des fonds supplémentaires pour les programmes hospitaliers spécialisés (p. ex. la dialyse rénale, les services spécialisés d'imagerie médicale, les services respiratoires spécialisés et les services chirurgicaux).

Les paiements aux régies régionales de la santé pour la prestation de services sont effectués conformément à l'article 8 de la *Regional Health Services Act*, laquelle donne au ministre de la Santé le pouvoir d'accorder des subventions aux régies régionales de la santé et aux organismes de soins de santé, pour l'application de cette loi, et d'organiser la prestation des services dans l'une ou l'autre des régions de la Saskatchewan, si l'intérêt public le justifie.

Les régies régionales de la santé produisent un rapport annuel sur les résultats financiers globaux de leurs activités.

6.0 RECONNAISSANCE ACCORDÉE AUX TRANSFERTS FÉDÉRAUX

Les contributions fédérales versées au titre du Transfert canadien en matière de santé sont reconnues publiquement par le gouvernement de la Saskatchewan dans le rapport annuel de 2016–2017 du ministère de la Santé, dans le budget provincial de 2016–2017 et les documents connexes, dans ses comptes publics de 2015–2016 et dans les rapports financiers trimestriels et de mi-exercice. Ces documents ont été déposés à l'Assemblée législative et mis à la disposition des habitants de la Saskatchewan. Les contributions fédérales ont également été reconnues dans des communiqués de presse, des documents de discussion, des discours et remarques lors de diverses conférences, de réunions et de forums de politiques publiques.

PERSONNES INSCRITES

Année	2012–2013	2013–2014	2014–2015	2015–2016	2016–2017
1. Nombre en date du 31 mars (#)	1 090 953	1 121 755	1 152 330	1 154 257	1 176 932 ¹

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE

ÉTABLISSEMENTS PUBLICS

Année	2012–2013	2013–2014	2014–2015	2015–2016	2016–2017
2. Nombre (#)	66	66	66	66	66
3. Paiements pour des services de santé assurés (\$)²	1 777 208 000	1 846 795 000	1 889 855 000	1 943 748 000	1 976 162 750

ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS À BUT LUCRATIF

Année	2012–2013	2013–2014	2014–2015	2015–2016	2016–2017
4. Nombre d'établissements privés à but lucratif offrant des services de santé assurés (#)	4	4	4	5	5
5. Paiements aux établissements privés à but lucratif pour des services de santé assurés (\$)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible³

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS AUX RÉSIDENTS DANS UNE AUTRE PROVINCE OU UN AUTRE TERRITOIRE

Année	2012–2013	2013–2014	2014–2015	2015–2016	2016–2017
6. Nombre total de demandes patients hospitalisés (#)	5 433	4 845	4 113	4 923	4 376
7. Total des paiements patients hospitalisés (\$)	54 483 700	53 004 700	42 834 000⁴	67 838 500	49 817 000
8. Nombre total de demandes patients externes (#)	74 201	67 387	66 006	77 250	68 995
9. Total des paiements patients externes (\$)	26 716 300	24 736 300	24 130 100	28 739 900	27 218 000

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA

Année	2012–2013	2013–2014	2014–2015	2015–2016	2016–2017
10. Nombre total de demandes patients hospitalisés (#)	388	374	358	350	340
11. Total des paiements patients hospitalisés (\$)	2 007 000	2 271 900	4 529 900	1 299 700	936 000
12. Nombre total de demandes patients externes (#)	1 938	1 730	1 488	1 581	1 296
13. Total des paiements patients externes (\$)	1 511 300	1 606 100	480 300⁵	1 136 300	1 133 000

¹ Les données pour la Saskatchewan sont en date du 30 juin 2017.

² Ce montant comprend le financement estimatif du gouvernement des régies de la santé régionales dans leurs états financiers vérifiés annuels.

- Comprend les services de soins de courte durée, les services hospitaliers spécialisés; les services offerts par des spécialistes en milieu hospitalier.
- Ne comprend pas les soins de santé mentale aux patients hospitalisés, ni les services de traitement des dépendances.
- Ne comprend pas les paiements à la Saskatchewan Cancer Agency pour les traitements de chimiothérapie et de radiothérapie aux patients externes.

³ Les examens d'IRM et de TDM ne sont pas considérés des services assurés en Saskatchewan en vertu de la Saskatchewan Medical Care Insurance Act. Les établissements privés fournissant des services de chirurgie, de IRM et de TDM reçoivent des paiements pour ces services selon un contrat avec les régies de santé régionales. Le ministère de la Santé ne fournit pas de paiements à ces établissements.

⁴ La diminution en 2014–2015 est due à une diminution des demandes de patients hospitalisés et des coûts des diverses interventions associées.

⁵ La diminution en 2014–2015 est due à la diminution des traitements hors du pays.

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE

Année	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017
14. Nombre de médecins participants (#)	2 044	2 165	2 224	2 375	2 491
15. Nombre de médecins ayant opté pour le retrait du régime d'assurance-santé (#)	0	0	0	0	0
16. Nombre de médecins non participants (#)	0	0	0	0	0
17. Total des paiements des services médicaux rémunérés pour l'ensemble des méthodes de paiement (\$)	823 656 225	873 484 838	898 584 963	941 409 025	982 568 484
18. Total des paiements des services médicaux rémunérés à l'acte (\$)	480 173 762	488 651 587	507 079 008	535 162 606	557 334 395 ⁶

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS AUX RÉSIDENTS DANS UNE AUTRE PROVINCE OU UN AUTRE TERRITOIRE

Année	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017
19. Nombre de services (#)	659 994	697 161	714 648	753 736	785 072
20. Total des paiements (\$)	33 658 928	35 703 160	37 220 270	40 339 800	42 855 888

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA

Année	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017
21. Nombre de services (#)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
22. Total des paiements (\$)	1 199 100	1 484 200	1 416 300	996 600	707 800

SERVICES DE CHIRURGIE DENTAIRE ASSURÉS FOURNIS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE

Année	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017
23. Nombre de dentistes participants (#)	88	82	79	79	78
24. Nombre de dentistes ayant opté pour le retrait du régime d'assurance-santé (#) ^a					0
25. Nombre de dentistes non participants (#) ^a					0
26. Nombre de services fournis (#)	18 123	16 014	17 346	18 777	13 139
27. Total des paiements (\$)	1 710 397	1 669 803	1 870 512	2 146 101	1 688 771

^a Santé Canada a demandé cette donnée à partir du rapport de 2016-2017, mais n'a pas demandé aux provinces ni aux territoires de la rapporter pour les années précédentes.

⁶ Ce montant comprend la facturation à l'acte et le financement du Emergency Rural Coverage Program, suivant la formule rémunération à l'acte.

ALBERTA

Le ministre de la Santé, le ministre délégué de la Santé, le ministère de la Santé (Alberta Health) et l'autorité régionale de la santé (Alberta Health Services) jouent des rôles clés dans le système de santé de l'Alberta. Toutes les personnes et tous les organismes travaillent ensemble afin de fournir de meilleurs soins et d'améliorer les résultats pour la population d'une manière durable. Le but est d'obtenir pour les Albertains les soins appropriés là où il le faut, quand il le faut.

1.0 GESTION PUBLIQUE

1.1 RÉGIME D'ASSURANCE-SANTÉ ET AUTORITÉ PUBLIQUE

Le ministère de la Santé gère et exploite le Régime d'assurance-santé de l'Alberta conformément à la *Loi canadienne sur la santé*. Depuis 1969, l'*Alberta Health Care Insurance Act* régit les activités du Régime d'assurance-santé de l'Alberta. Le ministre de la Santé, de concert avec les intervenants appropriés, détermine les services assurés par le Régime d'assurance-santé de l'Alberta.

1.2 LIENS HIÉRARCHIQUES

Le ministre de la Santé est responsable du Régime d'assurance-santé de l'Alberta. La *Fiscal Planning and Transparency Act* (qui a remplacé la *Fiscal Management Act* en 2015) prévoit un cadre pour la planification financière et l'établissement du budget du gouvernement. Le ministre est tenu de préparer un rapport annuel, qui doit comprendre les états financiers vérifiés. Le rapport annuel du ministère de la Santé pour 2016–2017 a été rendu public le 29 juin 2017.

1.3 VÉRIFICATION DES COMPTES

Le vérificateur général de l'Alberta est le vérificateur de tous les ministères et services gouvernementaux, de tous les fonds réglementés et de tous les organismes provinciaux; il doit garantir au public la crédibilité des rapports financiers gouvernementaux. Le vérificateur général de l'Alberta a terminé une vérification du ministère de la Santé le 2 juin 2017 et a déterminé que les états financiers consolidés présentent, de façon juste, à tous égards importants, la situation financière et les résultats des activités pour l'exercice prenant fin le 31 mars 2017.

2.0 INTÉGRALITÉ

2.1 SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS

En Alberta, l'Alberta Health Services est l'entité qui rend compte au ministre de la Santé de la prestation des services hospitaliers assurés. La *Hospitals Act*, le *Hospitalization Benefits Regulation* (AR 244/1990), la *Health Care Protection Act* et le *Health Care Protection Regulation* (AR 208/2000) régissent la prestation des services assurés par les hôpitaux ou les établissements de chirurgie désignés qui ne sont pas des hôpitaux. En 2016–2017, aucune modification n'a été apportée à la loi régissant les services hospitaliers assurés. Un répertoire des hôpitaux approuvés en Alberta se trouve à l'adresse suivante : www.health.alberta.ca/services/health-benefits-services.html (en anglais seulement).

Les services financés par l'État fournis dans les hôpitaux autorisés de l'Alberta comprennent tous les services hospitaliers cités dans la *Loi canadienne sur la santé*. Les services hospitaliers assurés vont des services de diagnostic et de traitement des niveaux les plus élevés fournis aux patients hospitalisés et externes aux soins courants et à la prise en charge des patients présentant un état chronique diagnostiqué. Les services auxquels les patients ont accès en Alberta sont définis dans le *Hospitalization Benefits Regulation* (AR 244/1990). Le règlement se trouve à l'adresse suivante : www.health.alberta.ca/about/health-legislation.html (en anglais seulement).

La liste des services assurés figurant dans les règlements se veut à la fois complète et générique, limitant ainsi le besoin d'examen et de mise à jour périodiques. Tout ajout ou retrait d'un service assuré se fait sans consultation publique.

2.2 SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS

L'*Alberta Health Care Insurance Act* régit la rémunération des médecins pour les services médicaux assurés en vertu de l'article 6. Seuls les médecins qui satisfont aux exigences de la Loi peuvent présenter une demande de réclamation de rémunération pour la prestation de services assurés au titre du Régime d'assurance-santé de l'Alberta.

En date du 31 mars 2017, il y avait 9 684 médecins participant au Régime d'assurance-santé de l'Alberta. De ce nombre, 8 009 étaient exclusivement rémunérés à l'acte, 848 faisaient exclusivement l'objet d'un autre mode de rémunération et le reste, soit 827, profitait des deux modes de rémunération. En date du 31 mars 2017, il y avait un médecin non participant dans la province.

Pour s'inscrire au Régime d'assurance-santé de l'Alberta, le médecin doit remplir les formulaires d'inscription appropriés et fournir une copie de son permis d'exercice délivré par le College of Physicians and Surgeons of Alberta.

En vertu de l'article 8 de la Loi, tous les médecins sont réputés participer au Régime d'assurance-santé de l'Alberta. Aux termes du paragraphe 8(2), un médecin peut choisir de ne pas participer au Régime d'assurance-santé de l'Alberta a) en avisant le ministre par écrit de la date de non-participation, b) en publiant un avis de la non-participation proposée dans un journal à grand tirage de la région où il pratique et c) en affichant un avis de la non-participation proposée dans un endroit de son cabinet auquel les patients ont accès au moins 180 jours avant la date officielle de la non-participation. Pour tout médecin n'ayant jamais pratiqué en Alberta, les obligations juridiques sont établies au paragraphe 8(3) de la Loi. Aux termes du paragraphe 8(3), le médecin peut décider de ne pas participer au Régime d'assurance-santé de l'Alberta avant de pratiquer a) en avisant le ministre par écrit de la date à laquelle il commencera à pratiquer sans participer et b) en publiant un avis de la non-participation proposée dans un journal à grand tirage de la région où il a l'intention de pratiquer.

En choisissant de ne pas participer au Régime d'assurance-santé de l'Alberta, un médecin reconnaît que, à compter de la date d'entrée en vigueur, il ne participera pas au régime public de soins de santé. Cela signifie que le médecin ne peut faire une demande auprès du Régime d'assurance-santé de l'Alberta pour se faire payer des services qui seraient autrement des services de santé publics et que le patient ne peut se faire rembourser les sommes qu'il a payées pour obtenir des services de santé auprès d'un médecin non participant.

L'article 12 de l'*Alberta Health Care Insurance Regulation* énumère les services de santé qui ne sont pas considérés comme étant de base ou complémentaires. Le *Medical Benefits Regulation* fixe les prestations accordées pour les services médicaux assurés fournis aux habitants de l'Alberta. Ces services sont décrits dans le barème des prestations pour les services médicaux affiché à l'adresse suivante : www.health.alberta.ca/professionals/SOMB.html (en anglais seulement).

En 2016–2017, neuf services ont été ajoutés au barème :

- › la communication sécurisée par courriel entre médecin et patient;
- › la communication sécurisée par vidéoconférence entre médecin et patient;
- › la téléconférence familiale concernant un patient de la collectivité;
- › le frottis anal de Pap;
- › l'examen thérapeutique par réticulation du collagène cornéen avec la riboflavine (C3-R) pour traiter les cas évolutifs de kératocône ou de dégénérescence pellucide marginale, par œil;
- › le remplacement de cathéter de drainage biliaire;
- › la chimiothérapie intrapéritonéale;
- › la biopsie d'une tumeur rétropéritonéale;
- › la prestation supplémentaire pour l'utilisation d'échoguidage durant l'injection dans les tissus mous (zone gâchette), nerf périphérique, muscle, tendon, ligament, bourse ou articulation.

Le ministère de la Santé s'engage à avoir un barème des prestations pour les services médicaux qui appuie l'amélioration continue tout en étant adapté à la réforme des soins de santé. La participation de la communauté médicale est toujours sollicitée et des codes de services de santé sont créés afin que le barème tienne compte de la norme de pratique actuelle en Alberta.

2.3 SERVICES DE CHIRURGIE DENTAIRE ASSURÉS

En Alberta, certaines interventions dentaires et chirurgies buccales médicalement nécessaires sont assurées. Elles figurent dans le barème des prestations de chirurgie buccale et maxillofaciale affiché à l'adresse suivante : <https://open.alberta.ca/publications/schedule-of-dental-benefits> (en anglais seulement). Les soins dentaires courants ne sont pas couverts par le Régime d'assurance-santé de l'Alberta.

La plupart des interventions dentaires peuvent seulement être facturées au Régime d'assurance-santé de l'Alberta lorsqu'elles sont pratiquées par un dentiste spécialisé en chirurgie buccale et maxillo-faciale qui satisfait aux exigences de l'*Alberta Health Care Insurance Act*. Les services de chirurgie dentaire assurés doivent être fournis dans un hôpital ou dans un établissement chirurgical désigné autre qu'un hôpital. En date du 31 mars 2017, il y avait 217 dentistes participant au Régime d'assurance-santé de l'Alberta, et aucun dentiste non participant.

Bien qu'il n'existe pas d'entente officielle avec les dentistes, le ministère de la Santé rencontre les membres de l'Alberta Dental Association and College pour discuter des modifications au barème des prestations de chirurgie buccale et maxillo-faciale. Il n'y a pas de consultation publique. Toute modification au barème doit être approuvée par le ministre de la Santé.

En vertu de l'article 7 de la Loi, tous les dentistes sont réputés participer au Régime d'assurance-santé de l'Alberta. Aux termes du paragraphe 7(2), un dentiste peut choisir de ne pas participer au Régime d'assurance-santé de l'Alberta a) en avisant le ministre par écrit de la date de non-participation, b) en publiant un avis de la non-participation proposée dans un journal à grand tirage de la région où il pratique et c) en affichant un avis de la non-participation proposée dans un endroit de son cabinet auquel les patients ont accès au moins 30 jours avant la date officielle de la non-participation. Pour tout dentiste n'ayant jamais pratiqué en Alberta, les obligations juridiques sont établies au paragraphe 7(3) de la Loi. Aux termes du paragraphe 7(3), le dentiste peut décider de ne pas participer au Régime d'assurance-santé de l'Alberta avant de pratiquer a) en avisant le ministre par écrit de la date à laquelle il commencera à pratiquer sans participer au Régime et b) en publiant un avis de la non-participation proposée dans un journal à grand tirage de la région où il a l'intention de pratiquer.

En choisissant de ne pas participer au Régime d'assurance-santé de l'Alberta, un dentiste reconnaît que, à compter de la date d'entrée en vigueur, il ne participera pas au régime public de soins de santé. Cela signifie que le dentiste ne peut faire une demande auprès du Régime d'assurance-santé de l'Alberta pour se faire payer des services qui seraient autrement des services de chirurgie dentaire publics et que le patient ne peut se faire rembourser les sommes qu'il a payées pour obtenir des services de chirurgie dentaire auprès d'un dentiste non participant.

2.4 SERVICES HOSPITALIERS, MÉDICAUX ET DE CHIRURGIE DENTAIRE NON ASSURÉS

L'article 12 du *Health Care Insurance Regulation* énumère les services qui ne sont pas assurés au titre des services de base ou des services complémentaires à moins qu'ils ne soient approuvés par le ministre. Les paragraphes 4(2) et 5(2) de l'*Oral and Maxillofacial Surgery Benefits Regulation* indiquent qu'aucune prestation n'est payable pour des services de chirurgie buccale et maxillo-faciale fournis à un habitant de l'Alberta dans une autre province ou un territoire ou à l'extérieur du Canada si ces services ne sont pas assurés en Alberta. Le paragraphe 4(2) du *Hospitalization Benefits Regulation* présente la liste des services hospitaliers qui ne sont pas considérés comme assurés. Les services non couverts par le Régime d'assurance-santé de l'Alberta comprennent la chirurgie esthétique, les services ambulanciers, les médicaments sur ordonnance, les soins dentaires courants, les examens périodiques de la vue pour les habitants âgés de 19 à 64 ans et les services médicaux fournis à la demande d'un tiers tels que les examens médicaux réalisés aux fins d'emploi ou d'assurance ou pour la pratique d'activités sportives.

La politique sur les chambres privées ou semi-privées et les biens ou services spéciaux décrit les attentes du gouvernement de l'Alberta à l'égard de l'Alberta Health Services et guide l'offre de chambres privées ou semi-privées et la prestation de biens et de services bonifiés ou spéciaux. Ce cadre stratégique exige que l'Alberta Health Services donne un avis de 30 jours à la personne désignée par le ministre de la Santé quant aux catégories de chambres privées ou semi-privées offertes et aux frais imposés pour chaque catégorie. L'Alberta Health Services doit également faire parvenir un avis de 30 jours à la personne désignée par le ministre de la Santé quant aux biens ou aux services qui seront fournis comme biens ou services spéciaux. Il doit aussi fournir des renseignements au sujet des frais pour ces biens ou services et, s'il y a lieu, indiquer les critères ou les signes cliniques qui permettraient à des patients d'en bénéficier en tant que biens ou services courants. La politique sur les chambres privées ou semi-privées et les biens et services spéciaux de l'Alberta se trouve à l'adresse suivante : <https://open.alberta.ca/publications/preferred-accommodation-and-non-standard-goods-or-services> (en anglais seulement).

Les services de santé qui ont été retirés du barème des prestations pour les services médicaux sont considérés comme désuets par la communauté médicale. Le processus pour obtenir la participation de la communauté médicale s'effectue dans le cadre de consultations avec l'Alberta Medical Association et l'Alberta Health Services. L'Alberta Medical Association agit à titre de représentante pour chaque section réservée aux médecins. L'Alberta Health Services participe à ce processus décisionnel pour comprendre l'incidence potentielle des modifications sur les modèles actuels de prestations des services à plus grande échelle.

Aucun service n'a été désassuré en 2016–2017; toutefois, huit codes de services de santé ont été supprimés. De ces huit codes, quatre correspondaient à des actes peu ou pas fréquents et réputés être des services désuets par la communauté médicale :

- › la prestation supplémentaire pour l'excision du fascia profond du mollet en relation avec une opération des varices;
- › la prolongation de la columelle;
- › le brochage de la hanche;
- › la cholédocopie intraopératoire.

Les quatre actes restants ont été intégrés à d'autres services ou actes modifiés qui ont été supprimés puis remplacés par de nouveaux actes définis de manière légèrement différente :

- › l'introduction d'un cathéter intra-artériel pour mesurer la pression artérielle ou pour mesurer le gaz sanguin par voie percutanée ou par dissection veineuse;
- › la lobectomie du foie;
- › l'anastomose du canal cholédoque à l'intestin;
- › une autre pancréatectomie partielle.

3.0 UNIVERSALITÉ

3.1 ADMISSIBILITÉ

En vertu de l'*Alberta Health Care Insurance Act*, les habitants de la province sont admissibles aux services de santé financés par le secteur public au titre du Régime d'assurance-santé de l'Alberta. Par « habitant », le Règlement entend une personne légalement autorisée à être ou à rester au Canada, qui est domiciliée en Alberta et qui y vit habituellement, et toute autre personne considérée comme habitant par le Règlement. Le terme « habitant » n'inclut pas les touristes et les personnes de passage ou en visite en Alberta.

Les personnes de l'extérieur du Canada qui déménagent en Alberta pour y établir leur résidence permanente sont admissibles à la couverture si elles ont le statut de résident permanent, d'immigrant admis de retour au pays ou de Canadien de retour au pays. Les détenteurs de visa d'entrée en règle au Canada qui se trouvent en Alberta peuvent également être admissibles au Régime d'assurance-santé de la province, et leur dossier est étudié en fonction de chaque cas.

Les habitants qui sont membres des Forces armées canadiennes ou qui purgent une peine d'emprisonnement dans un pénitencier fédéral, au sens de la *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition (Canada)*, ne sont pas admissibles au Régime d'assurance-santé de l'Alberta; ils relèvent plutôt du gouvernement fédéral. Les conjoints ou partenaires et les personnes à charge des personnes susmentionnées sont couverts par le Régime d'assurance-santé de l'Alberta s'ils résident en Alberta.

Si un avis est envoyé dans les trois mois, le Régime d'assurance-santé de l'Alberta couvrira à partir de la date de cessation d'emploi ou de libération les personnes en Alberta qui ne sont plus membres des Forces canadiennes ou qui sont libérées d'un pénitencier fédéral. Si la cessation d'emploi ou la libération a lieu dans une autre région du Canada, ces personnes sont admissibles à une couverture le premier jour du troisième mois suivant leur établissement en Alberta.

Afin de pouvoir bénéficier des services couverts par le Régime d'assurance-santé de l'Alberta, les habitants de l'Alberta doivent s'inscrire et inscrire également les personnes admissibles à leur charge. Les membres d'une même famille sont inscrits au même compte. Les personnes qui déménagent en Alberta doivent présenter leur demande d'inscription dans les trois mois suivant leur arrivée, à défaut de quoi les dates d'entrée en vigueur pourraient varier. Les personnes qui déménagent en Alberta et qui arrivent d'une autre province ou d'un territoire du Canada sont inscrites au Régime le premier jour du troisième mois suivant leur établissement en Alberta. Les personnes qui déménagent en Alberta et qui arrivent de l'extérieur du Canada sont inscrites au Régime le jour de leur établissement en Alberta. Le processus d'inscription au Régime et de délivrance de cartes santé de remplacement exige que les personnes qui s'inscrivent produisent des pièces d'identité et des documents attestant qu'elles sont autorisées à être au Canada et qu'elles résident en Alberta.

Si une personne remet en question l'annulation ou le refus de couverture, elle peut communiquer avec un représentant du Régime d'assurance-santé de l'Alberta par téléphone, par courriel ou par la poste afin d'en discuter. Si le personnel de première ligne n'est pas en mesure de régler la question, le cas peut être transmis à un superviseur puis à un gestionnaire, au besoin. Le gestionnaire effectuera une enquête rigoureuse et enverra une lettre expliquant les motifs de la décision par rapport à la loi.

Toute personne qui décide de ne pas participer au Régime d'assurance-santé de l'Alberta peut en tout temps remplir une « déclaration de retrait » pour elle et les personnes à sa charge. La couverture est annulée pendant 36 mois ou jusqu'à ce que la déclaration soit révoquée par la personne concernée. Une nouvelle déclaration doit être remplie tous les 36 mois de nonparticipation.

En date du 31 mars 2017, 4 529 842 habitants de l'Alberta étaient couverts par le Régime d'assurance-santé de l'Alberta et 234 habitants de l'Alberta n'y participaient pas.

3.2 AUTRES CATÉGORIES DE PERSONNES

En vertu de l'*Alberta Health Care Insurance Regulation*, les personnes qui résident en Alberta pour travailler ou étudier, et les conjoints ou partenaires et les personnes à charge des personnes qui s'installent dans la province pour travailler ou étudier, peuvent être considérées comme des habitants au sens du Régime d'assurance-santé de l'Alberta. Ces personnes doivent détenir un visa d'entrée au Canada tel qu'un permis de travail, un permis d'études ou une fiche de visiteur (qui impose une limite à la durée du séjour) attestant qu'elles sont autorisées à demeurer au Canada. Les habitants réputés

doivent prévoir s'établir en Alberta pour une période d'au moins 12 mois. En date du 31 mars 2017, 71 473 personnes étaient couvertes par le Régime d'assurance-santé de l'Alberta aux termes de ces conditions.

Les titulaires d'un permis d'études sur lequel ne figure pas le nom d'une école en Alberta doivent fournir la preuve de leur inscription dans une école reconnue. Les permis de travail ouverts ou pour un employeur en particulier doivent être valides pour une période d'au moins six mois. Dans le cas d'un permis de travail pour un employeur en particulier, il faut qu'il soit indiqué sur le permis que la personne est employée par une entreprise qui exerce ses activités en Alberta. Exception faite des membres du clergé, des athlètes et des militaires de l'armée britannique, les titulaires d'une fiche de visiteur doivent être le conjoint, le partenaire ou une personne à charge d'un habitant admissible ou d'un habitant réputé.

Les personnes dont le visa d'entrée au Canada porte la mention « ne confère pas le statut de résident » ne sont pas admissibles au Régime d'assurance-santé de l'Alberta. Les résidents permanents qui détiennent une preuve de leur statut d'immigrant reçu ou de résident permanent et les réfugiés au sens de la Convention qui ont en leur possession un avis de décision favorable sont admissibles au Régime d'assurance-santé de l'Alberta. Les demandeurs du statut de réfugié ne sont pas admissibles.

Les enfants d'habitants non admissibles (p. ex. habitants titulaires d'une fiche de visiteur ou dont le permis est expiré ou encore demandeurs du statut de réfugié) qui sont nés au Canada et qui respectent l'obligation de résidence sont admissibles au Régime d'assurance-santé de l'Alberta. Les enfants nés de citoyens canadiens qui sont temporairement absents de l'Alberta (et qui ont conservé leur couverture) sont également admissibles, cependant, des documents peuvent être exigés.

4.0 TRANSFÉRABILITÉ

4.1 PÉRIODE D'ATTENTE MINIMALE

Aux termes du Régime d'assurance-santé de l'Alberta, habituellement, les personnes d'une autre région du Canada qui s'installent de façon permanente en Alberta sont assurées à compter du premier jour du troisième mois suivant leur établissement en Alberta.

4.2 COUVERTURE DURANT DES ABSENCES TEMPORAIRES AU CANADA

Le Régime d'assurance-santé de l'Alberta offre une couverture aux termes de l'*Alberta Health Care Insurance Regulation* aux habitants admissibles de l'Alberta qui résident temporairement ailleurs au Canada. Une personne est considérée temporairement absente de l'Alberta si elle demeure dans une autre province ou un autre territoire pour une période d'au plus 12 mois consécutifs et qu'elle prévoit retourner et maintenir sa résidence permanente en Alberta à la fin de son séjour à l'extérieur de la province.

Les personnes qui s'absentent couramment de l'Alberta chaque année doivent en général y passer un total cumulatif de 183 jours au cours d'une période de 12 mois pour demeurer assurées. Les personnes qui ne sont pas présentes en Alberta pendant les 183 jours prescrits peuvent être réputées habitants de l'Alberta si elles convainquent le ministère de la Santé que leur lieu de résidence permanent et principal se trouve en Alberta. Par ailleurs, les personnes peuvent continuer d'avoir droit à l'assurance si, de façon répétée, elles s'absentent de l'Alberta pour un maximum de 212 jours au cours d'une période de 12 mois à des fins de vacances.

L'Alberta fait partie des ententes interprovinciales de facturation réciproque des services hospitaliers et médicaux. Tous les territoires et toutes les provinces, sauf le Québec, participent aux ententes de facturation réciproque des services médicaux. Ces ententes visent à limiter le nombre de processus de facturation complexes et à faire en sorte que les médecins et les hôpitaux qui fournissent des services aux habitants d'une autre province ou d'un territoire soient payés dans les meilleurs délais possibles. Aux termes de telles ententes, si un Albertain admissible reçoit un service médical ou hospitalier assuré dans une autre province ou un autre territoire participant, l'Alberta remboursera le service assuré fourni au tarif de la province ou du territoire d'accueil qui est en vigueur pour les services médicaux et le tarif appliqué pour les services hospitaliers.

En 2016–2017, aucune modification n'a été apportée à la loi concernant la transférabilité à l'intérieur du pays. D'autres renseignements sur la couverture pendant les absences temporaires de l'Alberta sont fournis à l'adresse suivante : www.health.alberta.ca/AHCIP/outside-coverage.html (en anglais seulement).

L'article 16 du *Hospitalization Benefits Regulation* porte sur le paiement des services hospitaliers qui sont reçus à l'extérieur de l'Alberta, mais au Canada. L'article 4 du *Medical Benefits Regulation* porte sur le paiement des services médicaux reçus à l'extérieur de l'Alberta, mais au Canada. Ces articles n'ont pas été modifiés en 2016–2017.

4.3 COUVERTURE DURANT DES ABSENCES TEMPORAIRES À L'EXTÉRIEUR DU CANADA

Le Régime d'assurance-santé de l'Alberta offre une couverture aux termes de l'*Alberta Health Care Insurance Regulation* aux habitants admissibles de l'Alberta qui sont temporairement absents du Canada. Une personne est considérée absente temporairement de l'Alberta si elle demeure hors du Canada pour une période d'au plus six mois consécutifs et qu'elle prévoit retourner et garder sa résidence permanente en Alberta à la fin de son séjour à l'extérieur de la province.

Les personnes qui s'absentent couramment de l'Alberta chaque année doivent en général y passer un total cumulatif de 183 jours au cours d'une période de 12 mois pour demeurer assurées. Le ministère de la Santé peut considérer des exceptions selon les circonstances personnelles. Par ailleurs, les personnes peuvent continuer d'avoir droit à l'assurance si, de façon répétée, elles s'absentent de l'Alberta pour un maximum de 212 jours au cours d'une période de 12 mois à des fins de vacances.

Les personnes qui quittent temporairement la province pour des vacances prolongées, ou occuper un emploi temporaire, peuvent demeurer admissibles au régime pendant une période de 24 à 48 mois consécutifs. Les personnes qui étudient à temps plein à l'extérieur du pays dans un établissement d'enseignement agréé ont droit à la couverture pendant la durée de leurs études dans la mesure où elles ont l'intention de demeurer en Alberta après leurs études.

Le montant maximal payable à l'égard de services hospitaliers aux patients hospitalisés à l'extérieur du pays est de 100 \$ (canadiens) par jour (excluant le jour du congé). Le montant par visite en consultation externe est de 50 \$ (canadiens), à raison d'une visite par jour. La seule exception est le service d'hémodialyse offert aux patients non hospitalisés qui, jusqu'au 31 mars 2017, pouvait commander un maximum de 462 \$ par visite, à raison d'une visite par jour. Depuis le 1^{er} avril 2017, le taux est passé à 478 \$ par visite. Les services offerts par des médecins et des dentistes ou chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux sont payés aux tarifs de l'Alberta. Il est également possible d'obtenir du financement en passant par le Out-of-Country Health Services Committee. Ce comité évalue les demandes de remboursement

présentées par les médecins ou les dentistes albertains au nom d'habitants admissibles de l'Alberta pour des services assurés, couverts par le Régime d'assurance-santé de l'Alberta, qui ne sont pas disponibles au Canada. D'autres renseignements sur la couverture pendant les absences temporaires à l'étranger sont fournis à l'adresse suivante : www.health.alberta.ca/AHCIP/coverage-outside-Canada.html (en anglais seulement).

L'article 16 du *Hospitalization Benefits Regulation* porte également sur le paiement des biens et services reçus dans un hôpital ou un établissement approuvé à l'extérieur du Canada. L'article 5 du *Medical Benefits Regulation* porte sur le paiement des services médicaux reçus à l'extérieur du Canada. Ces articles n'ont pas été modifiés en 2016–2017.

4.4 NÉCESSITÉ D'UNE APPROBATION PRÉALABLE

Une approbation préalable n'est pas nécessaire pour les services assurés facultatifs (non urgents) reçus dans une autre province ou territoire du Canada, sauf pour les actes médicaux très coûteux non compris dans les ententes de réciprocité, comme la chirurgie au scalpel gamma.

Une demande préalable doit être faite pour les services facultatifs reçus hors du pays et seuls seront autorisés, par le Out-of-Country Health Services Committee, les services assurés qui sont médicalement nécessaires, ne sont pas expérimentaux et ne sont pas offerts en Alberta ni ailleurs au Canada.

Les décisions prises par le comité peuvent faire l'objet d'un appel. Un appel peut être interjeté par le médecin ou le dentiste albertain qui a soumis la demande au nom de l'habitant de l'Alberta, ou par l'habitant de l'Alberta. Le tribunal Out-of-Country Health Services Appeal Panel, établi en vertu de l'*Alberta Health Care Insurance Regulation*, examine la demande et la décision du comité, puis décide de confirmer la décision ou de donner raison au demandeur.

5.0 ACCESSIBILITÉ

5.1 ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ ASSURÉS

Le gouvernement de l'Alberta est déterminé à satisfaire aux besoins en soins de santé de tous les Albertains. Pour s'assurer que les Albertains ont le meilleur accès possible aux services de soins de santé primaire, le Ministère finance des réseaux de soins primaires (RSP). Les RSP sont des équipes interdisciplinaires formées de médecins de famille et d'autres professionnels de la santé qui travaillent de concert avec l'Alberta Health Services afin de coordonner la prestation des services de soins de santé primaires pour les patients. Chaque RSP a la latitude d'élaborer des programmes et de fournir des services qui satisfont aux besoins précis des patients. Les barrières géographiques, les heures de service et les temps d'attente peuvent limiter l'accès aux services de soins de santé. En date du 31 mars 2017, l'Alberta comptait 42 RSP auxquels plus de 3,6 millions d'Albertains étaient inscrits; des 4 795 médecins généralistes de la province, 4 150 faisaient partie de RSP.

En juin 2016, un échantillon représentatif de RSP a été examiné afin d'en évaluer les pratiques financières et les approches concernant la prestation de services. En réponse aux conclusions de cet examen, le gouvernement de l'Alberta met à jour ses politiques sur les RSP pour renforcer la gouvernance, la responsabilité financière ainsi que les responsabilités sur le plan des services afin d'appuyer la prestation complète et intégrée de soins de santé primaires en équipe, y compris l'accès après les heures normales de travail, assurant ainsi aux Albertains l'accès aux fournisseurs de soins primaires après les heures de travail.

L'article 9 de l'*Alberta Health Care Insurance Act* interdit la surfacturation. Les médecins et les dentistes qui participent au Régime d'assurance-santé de l'Alberta et qui fournissent des services assurés à un patient n'ont pas le droit d'exiger ni de percevoir du patient une somme qui s'ajoute aux prestations versées par le ministre pour ces services.

Aux termes de l'article 11 de la Loi, personne n'a le droit d'exiger ni de percevoir de quiconque :

- (a) une somme en échange de biens ou de services fournis comme condition pour recevoir un service assuré fourni par un médecin ou dentiste qui participe au Régime d'assurance-santé de l'Alberta;
- (b) une somme dont le paiement est exigé comme condition pour recevoir un service assuré fourni par un médecin ou dentiste qui participe au Régime d'assurance-santé de l'Alberta

et qui s'ajoute aux prestations payables par le ministre pour le service assuré.

Si une personne remet en question une surfacturation ou des frais modérateurs, elle peut communiquer avec le personnel du Régime d'assurance-santé de l'Alberta par téléphone, par courriel ou par la poste. Si le comportement ne peut être résolu par la communication ou par l'information, un examen de la conformité peut être imposé.

Le ministère de la Santé surveille et applique la conformité à la Loi au moyen d'une unité consacrée à la conformité. L'objectif d'un examen de la conformité est d'évaluer la conformité, de recouvrir les sommes payées de manière inappropriée et d'informer les médecins et les dentistes. Si l'examen de la conformité révèle une preuve de non-conformité possible aux articles 9 ou 11 de la Loi, les articles 9, 11, 12, 13 et 14 établissent les amendes ainsi que les mesures qui peuvent être prises.

L'infrastructure de la santé est importante afin d'assurer qu'on satisfasse aux besoins de soins de santé actuels et futurs. Les ministères de la Santé et de l'Infrastructure partagent la responsabilité de la planification et de la gestion du plan d'investissement en santé ainsi que des projets connexes. Il incombe au ministère de la Santé d'établir les orientations stratégiques et d'appliquer les politiques, les lois et les normes de santé, en plus de fournir le budget de fonctionnement général à l'Alberta Health Services. L'Alberta Health Services définit et établit l'ordre de priorité des besoins en services de santé qui nécessitent des investissements pour le développement des immobilisations. Le gouvernement de l'Alberta appuie l'infrastructure de la santé en finançant le développement des immobilisations et le programme de maintien de l'infrastructure. Le ministère de l'Infrastructure est responsable de la conception, de la construction et de la mise en œuvre de grands projets d'immobilisations en santé à l'échelle de la province. Les lois en santé énoncent les exigences relatives à l'achat et à la disposition d'actifs et de propriétés ainsi que les exigences générales concernant l'infrastructure de la santé.

Dans le budget de 2016, le gouvernement de l'Alberta a consacré une somme de 578 millions de dollars en 2016-2017 pour un total de 30 établissements de santé et projets et programmes d'acquisition de biens d'équipement approuvés afin de réparer l'infrastructure désuète ou de construire de nouvelles infrastructures de santé. Plusieurs projets d'infrastructure de santé ont été achevés en 2016-2017, dont l'Edson Healthcare Centre et le High Prairie Health Complex, des rénovations pour un nouveau programme intitulé Concurrent Disorder Capable Treatment Continuum program (programme de continuité du traitement de troubles concomitants) à l'hôpital Royal Alexandra à Edmonton afin de fournir une capacité supplémentaire en matière de traitement des dépendances et des troubles de santé mentale,

ainsi que l'agrandissement de l'hôpital régional de Medicine Hat. De plus, le gouvernement de l'Alberta fournit du financement annuel à l'Alberta Health Services dans le cadre du programme de maintien de l'infrastructure afin d'entretenir les établissements de santé à l'échelle de la province. En 2016–2017, 145,7 millions de dollars ont été dépensés pour conserver et entretenir des établissements de santé partout en Alberta afin de soutenir la prestation de programmes et de services de santé publics.

Le ministère de la Santé et l'Alberta Health Services ont entrepris des travaux de base pour améliorer l'accès aux soins et acquérir la capacité de mieux surveiller l'accès aux soins et d'établir des rapports connexes. Ces travaux seront utilisés et intégrés dans le futur système contenant les données cliniques de l'Alberta Health Services, qui remplacera les plateformes désuètes de technologie de l'information dans tous les secteurs de l'Alberta Health Service. Plusieurs autres initiatives du Ministère et de l'Alberta Health Services ont été lancées et se sont poursuivies en 2016–2017, notamment <https://myhealth.alberta.ca> (en anglais seulement), un site Web qui contient des renseignements et des outils de santé importants et faciles à comprendre conçus pour les Albertains; des réseaux cliniques stratégiques, qui élaborent des parcours intégrés de soins pour aider les patients à accéder aux soins; le relancement du site Web Alberta Wait Time Reporting (www.waittimes.alberta.ca [en anglais seulement]); et l'établissement de rapports sur les temps d'attente estimés aux urgences à Edmonton, à Calgary et à Red Deer.

En février 2017, le gouvernement de l'Alberta a lancé le Nurse Practitioner Demonstration Project (projet de démonstration du personnel infirmier praticien), une initiative d'une durée de trois ans qui appuie l'intégration et l'utilisation accrue du personnel infirmier praticien et d'autres fournisseurs dans la collectivité, particulièrement dans les régions où vivent des populations vulnérables qui ont des besoins élevés.

5.2 RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS

L'*Alberta Health Care Insurance Act* régit la rémunération des médecins pour la prestation de services médicaux assurés. Les médecins sont rémunérés par le Régime d'assurance-santé de l'Alberta selon le mode de rémunération à l'acte, qui est en fonction du volume, ou selon d'autres modes de rémunération clinique et de l'Academic Medicine and Health Services Program (programme universitaire de médecine et de soins de santé) lancé en 2017. En novembre 2016, le gouvernement de l'Alberta et l'Alberta Medical Association ont signé des modifications à l'Alberta Medical Association Agreement et aux ententes de consultation connexes, dont un engagement à établir un nouveau modèle de la rémunération pour certains médecins de premier recours. Le nouveau modèle de rémunération combine la rémunération à l'acte et le régime de capitation.

Aux termes de l'*Oral and Maxillofacial Surgery Benefits Regulation*, les prestations sont payables conformément aux règlements en vertu de la Loi pour les services de chirurgie buccale et maxillo-faciale fournis par un dentiste à un habitant de l'Alberta.

En Alberta, le College of Physicians and Surgeons of Alberta applique les normes de pratique pour la facturation de services professionnels non assurés (services non assurés en vertu de la Loi), y compris les règles concernant la facturation en bloc par les médecins. La loi en Alberta ne mentionne pas la facturation en bloc, mais tous les services non assurés doivent être facturés conformément à la Loi.

Les médecins qui participent à l'Academic Medicine and Health Services Program (programme universitaire de médecine et de soins de santé) doivent satisfaire à certaines attentes de responsabilité et d'établissement de rapports. Il en va de même pour les facultés de médecine des universités de l'Alberta et de Calgary, l'Alberta Health Services et le gouvernement de l'Alberta. Les principaux thèmes de rendement comprennent notamment l'accès, la qualité et la sécurité, et des indicateurs précis ont été établis afin de mesurer annuellement le rendement dans le cadre de ces thèmes.

Les autres modes de rémunération et l'Academic Medicine and Health Services Program (programme universitaire de médecine et de soins de santé) sont utilisés par les spécialistes et les médecins de famille. Ils offrent d'autres modèles ou ententes de rémunération au lieu du système habituel de rémunération à l'acte. Leur but est d'accroître le recrutement et le maintien en poste des médecins, le travail d'équipe pour la prestation des services, l'accès aux services, la satisfaction des patients et le rapport qualité-prix. Ils favorisent également une prestation de soins de santé novatrice, qui se traduira par l'amélioration des résultats de santé. Le financement prévisible fourni par les autres modes de rémunération et l'Academic Medicine and Health Services Program (programme universitaire de médecine et de soins de santé) permet aux groupes de médecins de recruter de nouveaux médecins dans leurs programmes et de les maintenir en poste; dans certains cas, des fonds supplémentaires sont octroyés pour appuyer la prestation de services.

Le gouvernement de l'Alberta et l'Alberta Medical Association ont signé l'Alberta Medical Association Agreement en 2013; cet accord était rétroactif au 1^{er} avril 2011. Certaines conditions financières de l'accord énoncent les hausses établies pour les tarifs des services assurés sur une période de sept ans (de 2011 à 2018). Le ministère de la Santé et l'Alberta Medical Association négocieront certaines nouvelles conditions financières qui entreront en vigueur le 1^{er} avril 2018.

Pour assurer la responsabilisation en vertu de l'*Alberta Health Care Insurance Act*, le ministère de la Santé vérifie régulièrement les demandes déposées par les médecins afin d'évaluer leur conformité à la Loi. Le ministère de la Santé utilise des méthodes statistiques et d'évaluation du risque pour déterminer les erreurs ou les problèmes avec les demandes qui ont été payées aux termes du Régime d'assurance-santé de l'Alberta. Un praticien ou un groupe de praticiens peut faire l'objet d'un examen de conformité afin de déterminer la conformité à des exigences législatives, de programme ou contractuelles précises. De plus, un examen de conformité peut avoir lieu en raison d'une plainte précise formulée par une tierce partie concernant un médecin.

5.3 PAIEMENTS AUX HÔPITAUX

Les hôpitaux publics de l'Alberta sont gérés par l'Alberta Health Services ou par des organisations confessionnelles sans but lucratif aux termes d'ententes de service conclues avec l'Alberta Health Services. Dans la province, les hôpitaux publics sont dirigés conformément à la *Hospitals Act*. La *Health Care Protection Act* interdit l'exploitation d'hôpitaux privés.

La *Regional Health Authorities Act* régit le financement de l'Alberta Health Services, la seule régie régionale de la santé de l'Alberta. Le ministère de la Santé assure le financement de l'Alberta Health Services au moyen d'un financement de fonctionnement de base versé deux fois par mois. L'Alberta Health Services détermine le financement accordé à chaque hôpital et établissement chirurgical désigné autre qu'un hôpital.

La *Health Care Protection Act* régit la prestation des services chirurgicaux assurés et non assurés fournis par les hôpitaux publics et par les établissements chirurgicaux autres que des hôpitaux. La Loi interdit le resquillage, c'est-à-dire qu'elle interdit de donner ou d'accepter de l'argent ou une autre contrepartie de valeur, de payer ou d'accepter un paiement pour des biens ou des services médicaux bonifiés, ou des biens ou des services non médicaux, ou de fournir des services chirurgicaux non assurés pour permettre à quiconque d'obtenir des services chirurgicaux assurés en priorité. L'accès aux services chirurgicaux assurés dépend des besoins médicaux de chaque patient et est déterminé par les médecins et les dentistes.

Le ministre de la Santé doit approuver toute entente de service entre l'administrateur d'un établissement chirurgical autre qu'un hôpital et l'Alberta Health Services pour que l'établissement puisse fournir des services chirurgicaux assurés. Les établissements chirurgicaux autres que des hôpitaux doivent également être désignés par le ministre et agréés par le College of Physicians and Surgeons of Alberta.

Conformément à la *Health Care Protection Act*, le ministre doit être convaincu que les conditions suivantes sont réunies avant d'approuver la conclusion d'une entente de service proposée avec un établissement :

- › la prestation des services chirurgicaux assurés aux termes de l'entente proposée est conforme aux principes de la *Loi canadienne sur la santé*;
- › il y a actuellement un besoin pour des services chirurgicaux assurés aux termes de l'entente proposée dans la région géographique visée et il y aura vraisemblablement un besoin continu pour de tels services dans cette région dans le futur;
- › la prestation des services chirurgicaux assurés aux termes de l'entente proposée n'aura pas d'incidence négative sur le système public de soins de santé de l'Alberta;
- › la prestation des services chirurgicaux assurés aux termes de l'entente proposée comporte un avantage prévu pour la population, étant donné des facteurs tels que (i) l'accès aux services, (ii) la qualité des services, (iii) la souplesse, (iv) l'utilisation efficace de la capacité existante, (v) le rapport coût-efficacité et les autres considérations économiques;
- › la régie de la santé a établi un plan opérationnel acceptable relativement à l'entente proposée, qui décrit la méthode de paiement que la régie de la santé utilisera pour les services fournis par l'établissement;
- › les attentes quant au rendement et aux mesures du rendement connexes applicables aux services chirurgicaux assurés et aux services fournis par l'établissement sont indiquées dans l'entente proposée;
- › l'entente proposée contient des dispositions relatives aux procédures qui seront utilisées pour surveiller le respect, par les médecins, des exigences de la *Health Professions Act* et de son Règlement, des règlements administratifs du College of Physicians and Surgeons of Alberta, du code d'éthique et des normes de pratique adoptés par le conseil du College of Physicians and Surgeons of Alberta en vertu de la Loi concernant les conflits d'intérêts et les autres questions éthiques touchant le fonctionnement de l'établissement.

Suivant les modalités de toute entente convenue entre l'Alberta Health Services et l'administrateur d'un établissement chirurgical autre qu'un hôpital, l'Alberta Health Services convient de payer les « frais d'établissement » prévus au contrat. Ces frais couvrent certains services précisés dans la *Health Care Protection Act* qui sont médicalement nécessaires et qui sont directement liés à la prestation d'un service chirurgical dans un établissement chirurgical approuvé. Les médecins qui fournissent des services chirurgicaux assurés à des patients dans un établissement chirurgical agréé autre qu'un hôpital sont rémunérés à l'acte aux termes du Régime d'assurance-santé de l'Alberta. La rémunération est la même, que le médecin fournisse le service assuré dans un hôpital public ou dans un établissement chirurgical autre qu'un hôpital.

6.0 RECONNAISSANCE DES TRANSFERTS FÉDÉRAUX

Le gouvernement de l'Alberta a reconnu publiquement la contribution du gouvernement fédéral au titre du Transfert canadien en matière de santé dans ses publications de 2016–2017.

PERSONNES INSCRITES

Année	2012–2013	2013–2014	2014–2015	2015–2016	2016–2017
1. Nombre en date du 31 mars (#)	4 068 062	4 228 125	4 354 660	4 449 483	4 529 842

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE

ÉTABLISSEMENTS PUBLICS

Année	2012–2013	2013–2014	2014–2015	2015–2016	2016–2017
2. Nombre (#)	226	225	225	225	228
3. Paiements pour des services de santé assurés (\$)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible

ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS À BUT LUCRATIF

Année	2012–2013	2013–2014	2014–2015	2015–2016	2016–2017
4. Nombre d'établissements privés à but lucratif offrant des services de santé assurés (#)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
5. Paiements aux établissements privés à but lucratif pour des services de santé assurés (\$)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS AUX RÉSIDENTS DANS UNE AUTRE PROVINCE OU UN AUTRE TERRITOIRE¹

Année	2012–2013	2013–2014	2014–2015	2015–2016	2016–2017
6. Nombre total de demandes patients hospitalisés (#)	5 657	6 221	6 297	6 787	7 059
7. Total des paiements patients hospitalisés (\$)	37 628 241	42 196 441	42 466 396	48 651 644	48 492 921
8. Nombre total de demandes patients externes (#)	112 703	119 873	127 995	135 369	147 350
9. Total des paiements patients externes (\$)	31 763 550	35 627 462	37 809 358	43 000 306	50 582 365

Services hospitaliers assurés fournis à l'extérieur du Canada^{1,2}

Année	2012–2013	2013–2014	2014–2015	2015–2016	2016–2017
10. Nombre total de demandes patients hospitalisés (#)	4 921	4 209	3 679	4 216	3 855
11. Total des paiements patients hospitalisés (\$)	472 489	393 925	359 377	407 398	372 724
12. Nombre total de demandes patients externes (#)	5 461	5 128	4 440	5 008	4 945
13. Total des paiements patients externes (\$)	440 188	487 055	419 295	479 625	458 265

¹ Les données reportées reflètent les demandes traitées jusqu'à trois mois après la fin de l'exercice. Toute demande traitée cette date n'est pas incluse dans ce tableau.

² Sont exclus de ces données les demandes ou paiements concernant des habitants de l'Alberta qui ont reçu des services de santé au moyen du mécanisme de demande du Out-of-Country Health Services Committee.

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE³

Année	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017
14. Nombre de médecins participants (#) ⁴	8 100	8 466	8 873	9 331	9 684 ⁵
15. Nombre de médecins ayant opté pour le retrait du régime d'assurance-santé (#) ⁶	0	0	0	0	0
16. Nombre de médecins non participants (#)	0	1	1	1	1
17. Total des paiements des services médicaux rémunérés pour l'ensemble des méthodes de paiement (\$)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
18. Total des paiements des services médicaux rémunérés à l'acte (\$)	2 584 944 346	2 778 382 882	3 033 392 142	3 336 009 256	3 531 947 298

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS AUX RÉSIDENTS DANS UNE AUTRE PROVINCE OU UN AUTRE TERRITOIRE

Année	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017
19. Nombre de services (#)	751 061	663 164	694 373	795 738	840 246
20. Total des paiements (\$)	27 940 698	30 710 409	32 203 224	34 639 878	37 906 996

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA⁷

Année	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017
21. Nombre de services (#)	39 317	33 804	36 290	32 980	non disponible
22. Total des paiements (\$)	2 435 305	2 189 233	2 580 363	2 589 749	non disponible

SERVICES DE CHIRURGIE DENTAIRE ASSURÉS FOURNIS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE

Année	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017
23. Nombre de dentistes participants (#)	224	218	221	215	217
24. Nombre de dentistes ayant opté pour le retrait du régime d'assurance-santé (#) ⁸	0	0	0	0	0
25. Nombre de dentistes non participants (#) ^a	0	0	0	0	0
26. Nombre de services fournis (#)	23 014	24 995	28 443	31 309	34 603
27. Total des paiements (\$)	7 077 327	7 317 869	8 208 000	9 185 042	9 756 738

^a Santé Canada a demandé cette donnée à partir du rapport de 2016-2017, mais n'a pas demandé aux provinces ni aux territoires de la rapporter pour les années précédentes.

³ Les données de ce tableau sont traitées trois mois après la fin de l'exercice. Les données traitant des dépenses et des médecins, traitées après cette date ne sont pas incluses dans ce tableau.

⁴ Le nombre de médecins comprend les médecins rémunérés à l'acte, dans les autres plans de rémunération, ou qui font partie des deux modes.

⁵ De ce nombre, 8 009 reçoivent une rémunération à l'acte, 848 sont associés à d'autres plans de rémunération et les autres 827 font partie des deux modes.

⁶ Les lois de l'Alberta stipulent que tous les médecins sont réputés participer au régime d'assurance-maladie de l'Alberta, à moins qu'ils ne se retirent de celui-ci conformément à la procédure énoncée à l'article 8 de l'Alberta Health Care Insurance Act.

⁷ Sont exclus de ces données les habitants de l'Alberta qui ont reçu des services de santé au moyen du mécanisme de demande du Out-of-Country Health Services Committee. De plus, suite à un changement de méthodologie en 2015-2016, il y a un décalage d'un an dans les données entre la fin de l'exercice et la date des paiements pour les services à l'extérieur du Canada. Ainsi, les données pour les services fournis à l'extérieur en 2016-2017 sont encore en traitement.

⁸ Les lois de l'Alberta stipulent que tous les dentistes sont réputés participer au régime d'assurance-maladie de l'Alberta, à moins qu'ils ne se retirent de celui-ci conformément à la procédure énoncée à l'article 7 de l'Alberta Health Care Insurance Act.

COLOMBIE-BRITANNIQUE

La Colombie-Britannique dispose d'un système de soins de santé intégré et progressif qui comprend un régime d'assurance-santé qui fournit des services de santé publics aux habitants de la Colombie-Britannique conformément aux principes directeurs de la *Loi canadienne sur la santé*. Le ministère de la Santé a la responsabilité générale d'assurer des services de santé appropriés, de qualité, et en temps opportun aux Britanno-Colombiens.

Pour en savoir plus sur le système de santé public de la Colombie-Britannique, veuillez consulter le plan sur le rendement du système du ministère de la Santé de 2017–2018 à 2019–2020 :

http://bcbudget.gov.bc.ca/2017_Sept_Update/sp/pdf/ministry/hlth.pdf (en anglais seulement).

1.0 GESTION PUBLIQUE

1.1 RÉGIME D'ASSURANCE-SANTÉ ET AUTORITÉ PUBLIQUE

Le ministère de la Santé (le Ministère) établit des buts et des normes et conclut des ententes de rendement pour la prestation des services de santé à l'échelle provinciale et travaille avec les six autorités de santé de la province pour assurer des services de santé appropriés, de qualité et en temps opportun aux Britanno-Colombiens. Cinq autorités régionales de santé assurent la prestation d'un continuum complet de services de santé afin de satisfaire aux besoins de la population dans leur région géographique respective. Une sixième autorité de santé, la Provincial Health Services Authority, est responsable de la gestion de la qualité, de la coordination et de l'accessibilité aux services et aux programmes de santé provinciaux. De plus, le Ministère travaille en partenariat avec l'Autorité de santé des Premières Nations à l'amélioration de la santé des peuples autochtones en Colombie-Britannique.

Le Medical Services Plan (MSP) de la Colombie-Britannique, qui est géré par le Ministère au nom de la Medical Services Commission (MSC), couvre les services médicalement nécessaires fournis par les médecins et les professionnels de la santé inscrits, y compris les interventions diagnostiques médicalement nécessaires.

La *Medicare Protection Act* (MPA) est la loi qui régit le MSP. Le but de cette loi est de préserver un système de santé public économiquement viable pour la Colombie-Britannique, dans lequel l'accès aux soins médicaux nécessaires est fondé sur le besoin et non sur la capacité de payer de la personne.

La MSC relève du ministre de la Santé (le ministre), conformément à la MPA et au règlement adopté en vertu de la MPA. La fonction et le mandat législatif de la MSC sont de faciliter un accès raisonnable à des soins médicaux, à des soins de santé et à des services diagnostiques prescrits de qualité pour les Britanno-Colombiens.

La MSC est un organisme constitué par une loi, composé de neuf membres : trois représentants du gouvernement de la Colombie-Britannique, trois représentants de l'Association médicale de la Colombie-Britannique (Doctors of BC) et trois membres du public choisis conjointement par Doctors of BC et le gouvernement.

Les services hospitaliers généraux sont financés par l'État en Colombie-Britannique; toutefois, ils ne le sont pas couverts dans le MSP. Ils relèvent plutôt de la *Hospital Insurance Act* (HIA) (article 8) et de la *Hospital Act* (article 4).

Les services de laboratoire médicalement nécessaires sont financés par les fonds publics en vertu de la *Laboratory Services Act*. Le ministre est responsable de toutes les questions liées aux services de laboratoire (y compris le processus d'approbation des établissements), à la gouvernance, à la responsabilisation et à la prestation de tous les services de laboratoire de la province. L'Agency for Pathology and Laboratory Medicine, une division clinique de la BC Clinical Support Services Society, relève du ministre. Son mandat consiste à assurer la surveillance du système de laboratoire et à veiller à ce que les services cliniques de laboratoire soient durables, axés sur la qualité et novateurs, et qu'ils appuient les habitants et les cliniciens de la Colombie-Britannique dans l'accès aux services de laboratoire.

1.2 LIENS HIÉRARCHIQUES

Le Ministère fournit des renseignements dans le rapport annuel sur le rendement du système de santé public de la Colombie-Britannique. Le suivi et la présentation de ces renseignements cadrent avec l'approche stratégique du Ministère en planification du rendement et de présentation de rapports sur le rendement ainsi qu'avec les exigences de la *Budget Transparency and Accountability Act* de la province.

La MSC rend compte au gouvernement de la Colombie-Britannique par l'entremise du ministre; un rapport est publié chaque année pour l'exercice précédent et fait le point sur les activités de la MSC, de ses sous-comités et des autres instances déléguées. Le rapport se trouve à l'adresse suivante : www.gov.bc.ca/msppublications (en anglais seulement).

Les autorités de santé régionales, la Provincial Health Service Authority et la BC Clinical Support Services Society relèvent du ministre.

1.3 VÉRIFICATION DES COMPTES

Les comptes et les transactions financières du Ministère peuvent être vérifiés par :

Les services consultatifs et de vérification interne, le vérificateur interne du gouvernement détermine la portée des vérifications internes et le calendrier des vérifications. Les rapports peuvent être consultés à l'adresse suivante : www.fin.gov.bc.ca/iaas/Audit_Reports.htm (en anglais seulement).

Le Bureau du vérificateur général (BVG) de la Colombie-Britannique est responsable d'effectuer des vérifications financières annuelles ainsi que des vérifications et des rapports spéciaux. Le BVG présente ses résultats à l'Assemblée législative. Il décide de son propre chef d'effectuer une vérification et en détermine seul la portée. Le comité des comptes publics de l'Assemblée législative examine les recommandations du BVG.

La vérification annuelle par le BVG des comptes et des transactions financières du Ministère est rapportée dans l'examen général et l'avis du BVG concernant les comptes publics de la Colombie-Britannique; elle se trouve à l'adresse suivante : www2.gov.bc.ca/gov/content/governments/services-for-government/internal-corporate-services/internal-audits (en anglais seulement).

Les vérifications et les rapports spéciaux du BVG se trouvent à l'adresse suivante : www.bcauditor.com/pubs (en anglais seulement).

1.4 ORGANISME DÉSIGNÉ

Depuis 2005, le Ministère retient les services de MAXIMUS Canada pour l'exploitation du MSP et du régime d'assurance-médicaments (y compris la réponse aux demandes de renseignements du public, l'inscription des clients et le traitement des demandes de règlement pour frais médicaux et pharmaceutiques des professionnels de la santé). MAXIMUS Canada gère les régimes d'assurance-santé et d'assurance-médicaments de la province dans le cadre du programme Health Insurance BC (HIBC). Les fonctions d'établissement des politiques et de prise de décisions continuent à relever du Ministère.

HIBC présente au Ministère des rapports mensuels sur les niveaux de service fournis au public et aux fournisseurs de soins de santé. HIBC publie aussi sur son site Web des rapports sur le rendement des services clés. Ces rapports se trouvent à l'adresse suivante : www2.gov.bc.ca/gov/content/health/about-bc-s-health-care-system/partners/health-insurance-bc (en anglais seulement).

HIBC traite les paiements pour les services de soins de santé sur les prestations approuvées par le Ministère.

Le MSP exige que les bénéficiaires paient des primes. HP Advanced Solutions est responsable des services de gestion des revenus, ce qui comprend la gestion des comptes, la facturation, les remises et les recouvrements au nom de la province de la Colombie-Britannique (ministère des Finances) dans le cadre du programme Revenue Services of British Columbia (RSBC). La province demeure responsable de toutes les mesures de recouvrement gérées par le gouvernement et de leur contrôle.

HIBC et RSBC doivent se conformer à toutes les lois applicables, dont les suivantes :

- › l'*Ombudsperson Act*;
- › la *Business Practices and Consumer Protection Act*;
- › la *Financial Administration Act*;
- › les lois sur l'accès à l'information (soit la *Freedom of Information and Protection of Privacy Act*, la *Personal Information Protection Act* et les lois fédérales équivalentes, s'il y a lieu).

2.0 INTÉGRALITÉ

2.1 SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS

La *Hospital Act* et le *Hospital Act Regulation* confèrent au ministre le pouvoir de désigner des établissements comme hôpitaux, d'accorder des permis à des hôpitaux de soins en résidence privés, d'approuver les règlements des hôpitaux, d'inspecter les hôpitaux et de nommer un administrateur public. Cette législation fixe également les paramètres généraux du fonctionnement des hôpitaux.

La *Hospital Insurance Act* et le *Hospital Act Regulation* confèrent au ministre le pouvoir de verser des paiements aux autorités de santé pour l'exploitation des hôpitaux. Ils indiquent également qui a le droit de recevoir des services financés par l'État et définissent les « services hospitaliers généraux » qui doivent être fournis à titre de prestations.

Les services hospitaliers sont des prestations financées par l'État lorsqu'ils sont fournis à un bénéficiaire dans un hôpital public et qu'ils sont médicalement nécessaires et recommandés par le médecin, la

sage-femme, le personnel infirmier praticien ou le chirurgien buccal et maxillo-facial traitant. Il n'existe pas de processus d'examen périodique ou régulier des services hospitaliers publics, car ces services sont censés être inclusifs.

Quand ils sont médicalement nécessaires, les services et produits suivants sont fournis aux patients visés dans un hôpital général :

- › l'hébergement et les repas au niveau de service normal ou en salle commune;
- › les soins infirmiers nécessaires;
- › les actes de laboratoire et de radiologie et les interprétations nécessaires, ainsi que les autres interventions diagnostiques approuvées par le ministre, dans un hôpital donné, afin de maintenir la santé, de prévenir les maladies et d'aider à diagnostiquer et à traiter les maladies, les blessures ou les incapacités;
- › les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes, quand ils sont administrés dans un hôpital général;
- › l'usage des salles d'opération, des salles d'accouchement et des installations d'anesthésie, ainsi que le matériel et les fournitures nécessaires;
- › les fournitures chirurgicales courantes;
- › d'autres services approuvés par le ministre qui sont rendus par des personnes rémunérées par l'hôpital;
- › l'utilisation des installations de radiothérapie, s'il y en a;
- › l'utilisation des installations de physiothérapie, s'il y en a.

Quand ils sont médicalement nécessaires, les services et produits suivants sont fournis aux patients externes qui sont bénéficiaires :

- › les services d'urgence et la chirurgie mineure;
- › les services d'une chirurgie de jour;
- › les traitements contre le cancer fournis par la BC Cancer Agency;
- › les services psychiatriques;
- › la cytologie;
- › la réadaptation;
- › les soins de jour pour diabétiques;
- › les conseils en diététiques;
- › la dialyse;
- › le traitement du psoriasis;
- › l'avortement;
- › l'imagerie par résonance magnétique.

Les services de laboratoire pour les patients hospitalisés et les patients externes médicalement nécessaires sont fournis en vertu de la *Laboratory Services Act* (LSA).

Les services hospitaliers financés par l'État sont fournis sans frais aux bénéficiaires, à quelques exceptions près. Voici quelques exceptions : des frais différentiels pour les fournitures médicales ou chirurgicales à supplément (mais non médicalement nécessaires) et pour les chambres privées ou semi-privées (quand elles ne sont pas médicalement nécessaires et que des lits dans des salles communes sont disponibles), et des frais journaliers qui sont imposés aux bénéficiaires de soins en établissement hébergés dans des hôpitaux de soins de longue durée ou des hôpitaux généraux.

Certains établissements qui offrent des soins en établissement (dans ce cas, l'expression « soins prolongés » est souvent utilisée) sont réglementés en vertu de la partie 2 de la *Hospital Act*. Les autorités de santé et les hôpitaux doivent suivre les politiques de soins à domicile et dans la collectivité pour établir quelles prestations sont couvertes dans de tels cas.

2.2 SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS

À moins d'en être expressément exclus, les services médicaux suivants sont des prestations financées par l'État en vertu de la MPA ou de la LSA :

- › les services médicalement nécessaires fournis aux bénéficiaires (habitants de la Colombie-Britannique inscrits aux MSP conformément à l'article 7 de la MPA) par un praticien inscrit au MSP;
- › les services diagnostiques médicalement nécessaires fournis sous la supervision d'un médecin inscrit dans un établissement de diagnostic approuvé;
- › les services de laboratoire médicalement nécessaires effectués dans un laboratoire approuvé.

Pour exercer en Colombie-Britannique, les médecins doivent être inscrits au College of Physicians and Surgeons of British Columbia et être membres en règle de cet organisme. Ils doivent aussi être inscrits au MSP afin de recevoir des paiements pour des services financés par l'État. Au cours de l'exercice 2016–2017, 11 001 médecins étaient inscrits au MSP et ont reçu des remboursements par l'entremise de la facturation à l'acte.

Outre les médecins et les dentistes, les professionnels de la santé suivants peuvent s'inscrire pour fournir des services assurés dans le cadre du MSP : les sages-femmes, le personnel infirmier praticien, les optométristes et les praticiens offrant des services supplémentaires. Le programme de prestations supplémentaires en santé aide les bénéficiaires qui ont droit à de l'aide pour le paiement de la prime (voir la section 3.3 du présent rapport) et d'autres bénéficiaires à avoir accès aux services suivants : acupuncteur, massothérapeute, physiothérapeute, chiropraticien, naturopathe et podiatre (services non chirurgicaux). Le programme verse 23 \$ par patient pour le coût d'une visite, à concurrence de dix visites par patient par année pour l'ensemble des six types de fournisseurs.

Les praticiens inscrits au MSP peuvent choisir de participer ou non. Les praticiens qui ont choisi de participer sont des praticiens qui sont inscrits au MSP et qui décident de facturer directement au MSP les services offerts aux bénéficiaires du MSP. Un praticien participant ne peut pas facturer directement un service assuré au patient. Les praticiens non participants sont inscrits au MSP et décident de se retirer et de facturer directement aux patients les services assurés. Les praticiens inscrits qui désirent se retirer du

MSP doivent en aviser par écrit la MSC. Les patients peuvent soumettre au MSP une demande de remboursement à l'égard des frais des services reçus. En vertu de la loi, un médecin non participant ne peut pas exiger à un patient des frais de service supérieurs au montant prescrit par le MSP. En 2016–2017, deux médecins s'étaient retirés du MSP.

Aux termes de l'entente-cadre avec les médecins entre le gouvernement, la MSC et Doctors of BC, les changements apportés au barème d'honoraires de la MSC, comme les ajouts, les suppressions et les modifications d'honoraires, sont effectués par la MSC, sur l'avis de Doctors of BC ou du gouvernement. Afin de modifier le barème d'honoraires, les parties doivent présenter leurs propositions au comité des tarifs de Doctors of BC. Sur recommandation de ce comité, la MSC peut inscrire provisoirement de nouveaux actes ou de nouveaux services pendant que la liste définitive est dressée.

Durant l'exercice 2016–2017, 14 services médicaux ont été ajoutés au barème d'honoraires de la MSC comme services du MSP, qui reflètent les normes de pratique actuelles, comme l'introduction de nouveaux honoraires pour le drainage interne laparoscopique ou l'anastomose pseudocyste pancréatique du tractus gastro-intestinal.

2.3 SERVICES DE CHIRURGIE DENTAIRE ASSURÉS

Dans certaines circonstances, l'hospitalisation d'un patient des services internes ou externes est jugée médicalement nécessaire pour effectuer de façon appropriée et sans danger des services de chirurgie dentaire. Dans de tels cas, le volet chirurgie dentaire est financé par l'État si le service est inscrit au barème des services dentaires et si le volet hospitalisation est financé par l'autorité de santé.

Les actes de chirurgie dentaire financés par l'État sont les interventions visant à traiter un trouble de la cavité buccale ou d'un élément fonctionnel de la mastication. En général, ces actes incluent la chirurgie buccale et maxillo-faciale en cas de blessures traumatiques, la chirurgie orthognathe, les extractions requises sur le plan médical et le traitement chirurgical d'un trouble de l'articulation temporo-mandibulaire. Les ajouts ou les modifications à la liste de services sont effectués par le MSP, sur l'avis du Dental Liaison Committee, et les ajouts et les modifications au barème des services dentaires doivent être approuvés par la MSC.

Tout dentiste généraliste membre en règle du British Columbia College of Dental Surgeons, inscrit au MSP et possédant des droits hospitaliers peut offrir des services de chirurgie dentaire dans un hôpital ou dans certains autres établissements approuvés. En 2016–2017, 192 dentistes (dentistes généralistes, spécialistes en dentisterie pédiatrique, chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux, spécialistes en médecine buccodentaire et orthodontistes) étaient inscrits au MSP et facturaient dans le cadre de celui-ci.

En 2015, il a été précisé que les services dentaires fournis dans les établissements de chirurgie dans le cadre d'un contrat avec une autorité de santé et énumérés dans le barème des services dentaires sont considérés comme des services assurés aux termes du MSP.

2.4 SERVICES HOSPITALIERS, MÉDICAUX ET DE CHIRURGIE DENTAIRE NON ASSURÉS

La nécessité médicale est le critère du financement public des hôpitaux et des services médicaux.

Les médicaments à emporter par les patients externes et tout médicament non approuvé cliniquement par l'hôpital ne sont pas couverts.

Les autres services exclus en vertu de la *Hospital Insurance Act* et de son Règlement comprennent : les services fournis par le personnel médical qui n'est pas employé par l'hôpital ni sous contrat avec l'hôpital; les traitements pris en charge par WorkSafe BC, le ministère des Anciens Combattants ou tout autre organisme; les services ou les traitements qui, après examen des faits médicaux par le ministre (ou une personne désignée par le ministre), ne sont pas jugés nécessaires; les maladies ou les états exclus. Les services hospitaliers qui ne sont pas financés par l'État comprennent aussi : l'hébergement en chambre privée ou semi-privée à la demande du patient alors que ce type d'hébergement n'est pas médicalement nécessaire; les fournitures ou les appareils médicaux ou chirurgicaux à supplément; la télévision, le téléphone et les services infirmiers privés; les soins dentaires pouvant être fournis en toute sécurité dans une clinique dentaire, y compris les services de dentisterie prosthétique et d'orthodontie. Les autorités de santé sont tenues, aux termes de la politique du Ministère, de financer les déplacements médicalement nécessaires entre les hôpitaux de soins actifs en Colombie-Britannique. Par contre, les patients doivent assumer des frais d'utilisation pour compenser en partie les frais d'ambulance ou d'un autre fournisseur contractuel pour le transport dans d'autres situations.

Les services non couverts au titre du MSP comprennent : les services assurés en vertu de la *Workers' Compensation Act* ou d'autres lois provinciales ou fédérales; les prothèses non implantées; les orthèses; les spécialités pharmaceutiques et les médicaments brevetés; les examens qui ne sont pas médicalement requis; les interventions de chirurgie buccale ou maxillo-faciale pratiquées au cabinet du dentiste; les consultations téléphoniques non liées aux visites financées par l'État; le rétablissement de la fécondité; la fécondation in vitro; les services médico-légaux; la plupart des interventions de chirurgie esthétique.

L'article 45 de la MPA interdit la vente ou la délivrance d'une police d'assurance-santé par des assureurs privés à des patients à l'égard de services qui seraient financés par l'État. L'article 17 empêche la surfacturation en interdisant d'imposer à une personne des frais à l'égard d'un service assuré ou [traduction] « de fournitures, de consultations, d'interventions et de l'usage d'un bureau, d'une clinique ou d'un autre endroit ou de toute autre chose associée à la prestation d'un service assuré ». Le Ministère et la MSC donnent suite aux plaintes de surfacturation des patients et prennent les mesures qui s'imposent pour corriger les situations signalées.

Concernant le MSP, la MSC a le pouvoir de déterminer quels sont les services assurés et de retirer les services. Une consultation peut alors être faite par l'entremise d'un sous-comité de la MSC, consultation qui comporte habituellement un examen mené par le comité des tarifs de Doctors of BC.

3.0 UNIVERSALITÉ

3.1 ADMISSIBILITÉ

L'admissibilité et l'inscription des bénéficiaires aux services financés par l'État sont définies à l'article 7 de la *Medical Protection Act* (MPA). La partie 2 du *Medical and Health Care Services Regulations* précise les exigences concernant la résidence. Il faut être un habitant de la Colombie-Britannique pour être admissible aux services de santé assurés de la province.

L'article 1 de la MPA, définit un habitant comme une personne qui :

- › est citoyen canadien ou un résident permanent (personne légalement admise au Canada);

- › a établi sa résidence en Colombie-Britannique, et est physiquement présente en Colombie-Britannique pour au moins six mois par année civile, ou pour une courte période de temps prescrite;
- › est réputée être un habitant au sens du Règlement (exclut un touriste ou un visiteur de la Colombie-Britannique).

D'autres personnes, comme certains détenteurs de permis délivrés en vertu de la *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés* (loi fédérale), sont réputées être des habitants (voir la section 3.2 du présent rapport), mais non les touristes ou les visiteurs en Colombie-Britannique.

Les habitants qui ne veulent pas participer au régime d'assurance-santé de la province peuvent choisir de ne pas participer au programme financé par l'État. Les personnes sont tenues de remplir une déclaration de retrait et de la soumettre à la Medical Services Commission (MSC). Une fois signée, la déclaration est irrévocable et fait en sorte que l'habitant est responsable du coût total de tous les services hospitaliers et médicaux et des autres services de santé qu'il peut recevoir au cours de la période de retrait de 12 mois. Les habitants ne peuvent pas se retirer rétroactivement et doivent présenter une nouvelle demande de retrait à la fin de chaque période de 12 mois.

Tous les habitants ont droit à la couverture des soins médicaux et des soins hospitaliers médicalement nécessaires. Les habitants qui sont membres des Forces canadiennes et ceux qui purgent une peine dans un pénitencier fédéral défini dans la *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition* sont couverts par un programme fédéral d'assurance-santé. Le Medical Services Plan couvre le premier jour de la cessation d'emploi, ou le retour d'une période d'affectation outre-mer des membres des Forces canadiennes ainsi que la libération des détenus des pénitenciers fédéraux.

Il est possible que l'inscription d'un bénéficiaire soit annulée. En vertu de l'article 11 de la MPA, avant de rendre une ordonnance annulant l'inscription d'un bénéficiaire, il faut aviser celui-ci qu'il a droit à une audience. Si le bénéficiaire décide de se prévaloir de ce droit, l'audience est tenue par un délégué de la MSC.

Les membres de la MSC, ou les délégués de la MSC, peuvent tenir des audiences sur l'exercice des pouvoirs décisionnels prévus par la MSC. Certaines audiences sont exigées en vertu de la MPA et d'autres ont été mises en œuvre par la MSC pour permettre aux personnes touchées par ses décisions d'être entendues en personne. Les audiences doivent tenir compte de l'obligation d'agir équitablement. Les décisions de la MSC ou de ses délégués peuvent faire l'objet d'un contrôle judiciaire par la Cour suprême de la Colombie-Britannique.

En date du 31 mars 2017, 4 827 696 habitants étaient inscrits au MSP.

3.2 AUTRES CATÉGORIES DE PERSONNES

Certains titulaires d'un permis du ministre, d'un permis de séjour temporaire, d'un permis d'études ou d'un permis de travail et les demandeurs du statut de résident permanent qui sont le conjoint ou l'enfant d'un habitant admissible peuvent avoir droit aux services s'ils sont réputés être des habitants en vertu de la MPA et de l'article 2 du *Medical and Health Care Services Regulation*.

3.3 PRIMES

La MPA et le *Medical and Health Care Services Regulation* autorisent la MSC à percevoir les primes des bénéficiaires.

L'inscription au MSP est obligatoire (sous réserve du droit de retrait d'un adulte) et le paiement des primes est habituellement une condition d'admissibilité. La dette de prime impayée n'est pas un obstacle à la couverture.

En 2016–2017, le *Medical and Health Care Services Regulation* a été modifié afin de supprimer les dispositions qui stipulaient que l'inscription d'un bénéficiaire adulte au MSP serait annulée s'il ne renouvelait pas son inscription avant le 10 février 2018.

Pour la première partie de l'exercice 2016–2017, les primes mensuelles du MSP étaient de 75 \$ pour une personne, de 136 \$ pour une famille de deux personnes et de 150 \$ pour une famille de trois personnes ou plus. À compter du 1^{er} janvier 2017, il n'y a plus de primes du MSP pour les enfants de moins de 19 ans et pour les personnes à charge inscrites à des études postsecondaires à temps plein (ce qui comprend les écoles de métiers, les écoles techniques et les écoles secondaires). Depuis le 1^{er} janvier 2017, les primes mensuelles du MSP sont de 75 \$ pour un adulte et de 150 \$ pour deux adultes dans une famille.

Le MSP a deux programmes qui offrent de l'aide pour le paiement de la prime s'appuyant sur les besoins financiers. Depuis le 1^{er} janvier 2017, l'aide régulière pour le paiement de la prime offre plusieurs niveaux d'aide et s'appuie sur le revenu net d'une personne pour l'année d'imposition précédente, combiné à celui du conjoint de la personne, s'il y a lieu, moins les retenues du MSP. Les taux d'aide aux primes ne sont plus calculés de manière à inclure les enfants. Depuis le 1^{er} janvier 2017, une personne dont le revenu net rajusté est de 24 000 \$ ou moins, et son conjoint admissible, ne paie aucune cotisation au MSP. Le seuil de revenu maximum pour l'admissibilité à l'aide sous forme de primes est passé d'un revenu net ajusté de 30 000 \$ à 42 000 \$ par année, et la somme du revenu net d'un bénéficiaire et de son conjoint lorsque l'un des conjoints est en soins de longue durée a été portée de 42 000 \$ à 54 000 \$, ce qui a permis à un plus grand nombre de bénéficiaires de demander et de recevoir une aide sous forme de primes.

À court terme, une subvention pouvant aller jusqu'à 100 % est offerte dans le cadre du programme d'aide temporaire pour le paiement de la prime fondée sur les difficultés financières imprévues actuelles. L'aide pour le paiement de la prime est réservée aux citoyens canadiens et aux résidents permanents (immigrants admis) qui sont des habitants du Canada depuis douze mois consécutifs ou plus en vertu de la *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés* (loi fédérale).

4.0 TRANSFÉRABILITÉ

4.1 PÉRIODE D'ATTENTE MINIMALE

Les nouveaux habitants ou les personnes qui reviennent habiter en Colombie-Britannique sont admissibles après une période d'attente qui correspond normalement au reste du mois de l'établissement de la résidence, plus deux mois supplémentaires. Par exemple, si une personne admissible présente une demande au mois de juillet, la protection entre en vigueur le 1^{er} octobre. Si les absences du Canada

au cours de la période d'attente dépassent 30 jours, l'admissibilité peut être retardée. Les nouveaux habitants en provenance d'ailleurs au Canada sont avisés de rester couverts par leur ancien régime d'assurance-santé dans l'intervalle.

4.2 COUVERTURE DURANT DES ABSENCES TEMPORAIRES AU CANADA

Les articles 3, 4 et 5 du *Medical and Health Care Services Regulation* prescrivent les règles de transférabilité des services financés par l'État pour les personnes qui s'absentent temporairement de la Colombie-Britannique.

Les habitants qui s'absentent de la province une partie de l'année, chaque année, doivent être physiquement présents au moins six mois au cours de l'année civile et conserver leur domicile en Colombie-Britannique pour être couverts par le régime. Depuis le 1^{er} janvier 2013, les vacanciers à long terme qui sont habitants de la province peuvent avoir droit à une absence totale d'au plus sept mois par année pour des vacances seulement, à condition qu'ils donnent un préavis à la Medical Services Commission et qu'ils continuent de satisfaire aux autres exigences, comme de conserver leur domicile en Colombie-Britannique.

Les personnes qui quittent temporairement la province pour prendre des vacances prolongées ou occuper un emploi temporaire peuvent conserver leur couverture médicale pendant jusqu'à 24 mois consécutifs, à la condition qu'elles reçoivent l'approbation préalable de la MSC et qu'elles satisfassent aux autres exigences de l'article 4 du *Medical and Health Care Services Regulation*. Une seule approbation est accordée par période de cinq ans pour les absences de plus de six mois au cours d'une année civile. Les personnes qui habitent à l'extérieur de la province plus longtemps que la période autorisée sont tenues de respecter une période d'attente à leur retour dans la province avant d'être de nouveau couvertes. Les étudiants et les membres de leur famille élargie qui fréquentent à temps plein une école reconnue d'une autre province ou d'un territoire ont droit à la couverture pendant la durée de leurs études.

Selon les ententes de facturation réciproque interprovinciales et interterritoriales, les médecins, à l'exception de ceux du Québec, facturent directement à leur régime les services offerts aux habitants de la Colombie-Britannique admissibles à la couverture du MSP qui ont présenté une carte d'assurance-santé valide (CareCard) ou une carte de services de la Colombie-Britannique. La Colombie-Britannique effectue le paiement à la province ou au territoire où les services ont été rendus conformément au tarif du barème d'honoraires de la province ou du territoire. Le paiement des services hospitaliers aux patients hospitalisés est fait au tarif établi pour chaque hôpital pour l'hébergement en salle commune approuvé par le comité consultatif des sous-ministres adjoints sur les politiques. Dans le cas des services hospitaliers fournis aux patients externes, les tarifs payés sont ceux des ententes interprovinciales et interterritoriales de facturation réciproque. Le paiement, sauf dans le cas de services exclus facturés au patient, se fait par l'entremise des procédures de facturation réciproque interprovinciales et interterritoriales.

Le Québec ne participe pas aux ententes de facturation réciproque des services médicaux. Les réclamations à l'égard de services assurés fournis aux bénéficiaires de la Colombie-Britannique par les médecins de cette province doivent donc être traitées individuellement. En voyage au Québec ou à l'extérieur du Canada, le bénéficiaire doit habituellement payer les soins médicaux obtenus et demander plus tard un remboursement du gouvernement de la Colombie-Britannique.

La Colombie-Britannique paie les services financés par l'État au tarif de la province d'accueil, conformément aux tarifs établis par le Comité de coordination des ententes interprovinciales en assurance-santé.

4.3 COUVERTURE DURANT DES ABSENCES TEMPORAIRES À L'EXTÉRIEUR DU CANADA

Les dispositions qui définissent la transférabilité de l'assurance-santé au cours des absences temporaires à l'extérieur du Canada sont l'article 24 de la *Hospital Insurance Act*, le titre 6 de son Règlement, les articles 5 et 29 de la *Medical Protection Act* et l'article 35 du *Medical and Health Care Services Regulation*.

Les habitants qui quittent temporairement la Colombie-Britannique pour fréquenter une école ou une université sont admissibles à une couverture du MSP pour la durée de leurs études, à condition qu'ils soient physiquement présents au Canada pendant six des douze mois précédant immédiatement le départ et qu'ils suivent des cours à temps plein dans un établissement d'enseignement reconnu. Les bénéficiaires qui ont étudié à l'extérieur de la Colombie-Britannique doivent revenir dans la province avant la fin du mois suivant le mois au cours duquel ils ont terminé leurs études. Tout étudiant qui ne revient pas en Colombie-Britannique dans ces délais doit communiquer avec les responsables du MSP.

Dans certains cas, lors d'une absence temporaire de la province pour le travail ou des vacances, une personne peut être considérée comme un habitant admissible pendant une « absence prolongée » pour une période de 24 mois consécutifs, une fois tous les cinq ans. Pour être admissible, elle doit obtenir une approbation préalable pour son statut d'habitant durant son absence, conserver sa résidence en Colombie-Britannique, être physiquement présente au Canada pendant six des douze mois précédant immédiatement son départ et ne pas avoir bénéficié d'une absence prolongée au cours des cinq années antérieures. De plus, elle ne doit pas avoir bénéficié du mois d'absence supplémentaire offert aux vacanciers, au cours de l'année du début de l'absence prolongée ou au cours de l'année précédant le début de l'absence prolongée. Dans certaines situations, si le travail d'une personne lui demande de voyager régulièrement à l'extérieur de la Colombie-Britannique pour plus de six mois par année, elle doit présenter une demande à la MSC aux fins d'approbation pour maintenir son admissibilité.

Les habitants de la Colombie-Britannique qui sont temporairement absents de la province et qui ne peuvent y revenir pour des raisons de santé peuvent être réputés comme habitants de la province jusqu'à une période de 12 mois supplémentaires s'ils séjournent ailleurs au Canada ou à l'étranger. Cela vise aussi le conjoint et les enfants de la personne, à condition qu'ils soient avec la personne et qu'ils soient aussi des habitants ou réputés être des habitants de la province.

Les habitants de la Colombie-Britannique qui ont droit à la couverture du régime alors qu'ils sont temporairement absents de la province peuvent se faire rembourser par le MSP des dépenses médicales occasionnées à l'extérieur du pays. Le MSP couvre les services médicaux d'urgence obtenus à l'extérieur du pays en accordant au maximum les tarifs s'appliquant aux services médicaux dans la province. Le remboursement des services hospitaliers d'urgence obtenus à l'étranger se limite à une somme maximale de 75 \$ par jour. Toute dépense excédentaire doit être assumée par le bénéficiaire. Toutes les sommes remboursées sont versées en dollars canadiens.

4.4 NÉCESSITÉ D'UNE APPROBATION PRÉALABLE

Aucune autorisation préalable n'est requise pour les interventions médicales couvertes aux termes des ententes de facturation réciproque interprovinciales. Une autorisation préalable de la MSC est requise si l'intervention n'est pas couverte aux termes de ces ententes.

Les services médicaux exclus aux termes des accords interprovinciaux pour le traitement réciproque des demandes de remboursement des frais médicaux hors province sont les suivants : la chirurgie esthétique; la chirurgie de réassignation sexuelle; la chirurgie visant à rétablir la fécondité; les examens de santé périodiques, comme l'examen des yeux; la fécondation in vitro et l'insémination artificielle; l'acupuncture, l'acupression, l'électrostimulation transcutanée, la moxibustion, le biofeedback et l'hypnothérapie; les services aux personnes couvertes par d'autres organismes (p. ex. Forces armées canadiennes, Commission des accidents du travail, ministère des Anciens Combattants et Services correctionnels du Canada); les services demandés par un tiers; les conférences d'équipe; le dépistage génétique et les autres investigations génétiques, y compris les sondes ADN; les actes encore au stade de l'expérimentation et du développement; les services anesthésiques et les services d'aide chirurgicale pour tout ce qui précède.

Une autorisation préalable de la MSC est exigée pour tous les services non urgents fournis à l'extérieur du pays, ou à l'extérieur de la Colombie-Britannique, mais au Canada, pour que le bénéficiaire soit admissible à un remboursement du programme financé par l'État. Toutes ces demandes de remboursement doivent être soumises au ministère de la Santé ou à son représentant désigné, Health Insurance BC (HIBC). La décision est présentée par écrit au bénéficiaire.

Dans le cas où une demande de financement est refusée, le bénéficiaire peut demander un examen administratif du refus.

Si, après l'examen administratif, la demande de financement au titre du MSP est à nouveau refusée, le bénéficiaire peut demander une révision de la décision. Un comité de révision de la MSC s'occupe des demandes de remboursement de frais encourus à l'étranger. Le comité est composé de trois membres : un délégué représentant le ministère de la Santé, un délégué représentant Doctors of BC et un délégué représentant le grand public. Cette structure tripartite fait en sorte que les décisions touchant la gestion du système de santé provincial reflètent l'intérêt supérieur de toutes les parties concernées. Pour les demandes de remboursement de frais encourus à l'extérieur de la province, mais au Canada, l'examen est effectué par un comité consultatif de la MSC.

5.0 ACCESSIBILITÉ

5.1 ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ ASSURÉS

Les bénéficiaires de la Colombie-Britannique, en vertu de l'article 1 de la *Medical Protection Act* (MPA), sont admissibles à tous les soins de santé nécessaires financés par l'État. Pour assurer un accès équitable, sans égard au revenu, les articles 17 et 18 de la MPA interdisent la surfacturation par les médecins inscrits. De même, l'article 15 de la *Laboratory Services Act* interdit la surfacturation aux bénéficiaires des services de laboratoire médicalement nécessaires fournis dans un laboratoire approuvé, et l'article 12 de la *Hospital Insurance Act* (HIA) interdit la surfacturation des services hospitaliers.

Si un service est offert par un médecin inscrit qui a choisi de ne pas participer au Medical Services Plan (MSP), le montant payé au-delà du montant autorisé en vertu de la loi à payer doit être remboursé. Les montants à rembourser sont des dettes recouvrables par voie judiciaire. La Medical Services Commission (MSC) peut demander une injonction empêchant une personne de contrevenir aux dispositions de la MPA sur la surfacturation.

L'accès aux services financés par l'État continue à être amélioré :

- › Le programme relatif aux autres modes de rémunération finance les autorités régionales de santé pour qu'elles embauchent des omnipraticiens ou des spécialistes ou concluent des contrats avec des omnipraticiens ou des spécialistes pour la prestation de services cliniques financés par l'État.
- › Le Full-Service Family Practice Incentive Program continue à prendre de l'expansion puisque le ministère de la Santé et les médecins continuent de collaborer pour concevoir des initiatives visant à soutenir et à maintenir la pratique de la médecine familiale complète.
- › Le Ministère verse des fonds aux autorités de santé par l'entremise du programme Medical On-Call Availability afin de leur permettre de passer des contrats avec des groupes de médecins en vue de fournir des services « sur appel » pour que les hôpitaux soient en mesure de donner des soins de santé d'urgence à des patients non assignés de manière fiable, efficace et efficiente.
- › Dans le cadre de l'entente Rural Practice Subsidiary Agreement de 2014 concernant la pratique en milieu rural, le Ministère a continué la mise en œuvre de plusieurs programmes, qui ont été reconduits dans le cadre de l'entente-cadre avec les médecins. Cette entente vise à améliorer la disponibilité et la stabilité des services médicaux dans les petites zones urbaines et les régions rurales ou éloignées de la Colombie-Britannique. Une description de ces programmes se trouve à l'adresse suivante : www.health.gov.bc.ca/pcb/rural.html (en anglais seulement).

Infrastructure et planification des immobilisations

La Colombie-Britannique continue à faire des investissements stratégiques dans l'infrastructure des immobilisations du secteur de la santé. Le Ministère investit annuellement pour renouveler et prolonger la durée de vie des établissements de santé existants, de l'équipement diagnostique et médical et des technologies de gestion de l'information dans de nombreux établissements de santé de la Colombie-Britannique. Le Ministère maintient un plan d'immobilisations décennal pour veiller à ce que l'infrastructure en santé soit maintenue et renouvelée dans les délais prévus pour le cycle de vie des biens.

5.2 RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS

L'entente-cadre avec les médecins est une entente officielle signée par le gouvernement de la Colombie-Britannique, Doctors of BC et la MSC. En décembre 2014, les médecins de la Colombie-Britannique ont ratifié une nouvelle entente avec le gouvernement. La nouvelle entente de cinq ans (du 1^{er} avril 2014 au 31 mars 2019) appuie les efforts continus de recrutement et de maintien en poste des médecins, tout en améliorant l'accès aux spécialistes et aux soins dans les communautés rurales et éloignées.

L'entente-cadre avec les médecins donne à Doctors of BC le droit exclusif de représenter les intérêts de tous les médecins qui reçoivent une rémunération pour les services médicaux qu'ils fournissent aux bénéficiaires. Cette entente-cadre établit des mécanismes qui favorisent une collaboration et une responsabilisation accrues entre la province et Doctors of BC par l'entremise de divers comités mixtes.

Elle fournit aussi un processus formel de gestion des conflits au plan local et au plan provincial, et son libellé réduit l'abandon de services médicaux. Le rôle des autorités de santé dans la planification et la prestation de services de soins de santé est renforcé dans l'entente-cadre avec les médecins.

L'entente-cadre avec les médecins fixe la rémunération et la structure des prestations pour les médecins qui fournissent des services médicaux financés par l'État, que ce soit dans le cadre d'une rémunération à l'acte, d'un service prévu dans un contrat ou d'un modèle de financement fondé sur la population. Dans le cadre de cette entente-cadre, la province finance aussi certaines initiatives de soutien financier ciblées, comme les programmes incitatifs pour les médecins en région rurale, l'accès à des spécialistes, l'appui à la médecine familiale complète et les modèles de soins partagés auxquels participent les omnipraticiens, les spécialistes et d'autres professionnels de la santé.

Les médecins sont inscrits par le College of Physicians and Surgeons of British Columbia, un organisme établi en vertu de la *Health Professions Act*. L'entente-cadre avec les médecins prévoit des processus concernant la surveillance et la gestion du financement établi par la MSC qui peut être alloué aux termes de l'article 25 de la MPA pour les services médicaux financés par l'État fournis par les médecins selon la facturation à l'acte. Les mécanismes pour apporter des révisions au barème d'honoraires de la MSC et pour verser les honoraires aux médecins sont détaillés dans l'entente-cadre avec les médecins.

Les dentistes sont inscrits par le College of Dental Surgeons of British Columbia, qui est aussi un organisme établi en vertu de la *Health Professions Act*. La province et l'Association dentaire de la Colombie-Britannique (BCDA) ont conclu une entente-cadre (Dentistry Master Agreement) pour la période du 1^{er} avril 2014 au 31 mars 2019, qui couvre les services suivants : chirurgie dentaire, chirurgie buccale, traitements orthodontiques, médecine buccale, services dentaires pédiatriques et interventions dentaires techniques. La province et la BCDA se rencontrent par l'entremise d'un comité de liaison pendant la durée de l'entente.

Le paiement des services médicaux fournis dans la province est effectué par l'entremise du MSP à des praticiens individuels qui soumettent des demandes au terme de la facturation à l'acte, aux autorités de santé qui font appel à des médecins pour fournir des services aux patients ainsi qu'aux autorités de santé ou aux groupes de médecins qui fournissent des services aux patients au terme du financement fondé sur la population. Le gouvernement finance les autorités de santé pour qu'elles concluent des ententes de paiements selon d'autres modes avec d'autres médecins.

La MSC est autorisée à surveiller la facturation et le paiement de réclamations afin de gérer les dépenses relatives aux services médicaux et aux autres services de santé au nom des bénéficiaires du MSP. Le programme d'intégrité de la facturation du Ministère permet d'assurer la surveillance, la vérification et l'examen des modèles et des pratiques de facturation des médecins et des professionnels de la santé afin de détecter et de décourager la facturation inappropriée et incorrecte des réclamations du MSP. Ce programme permet également d'élaborer et d'analyser les profils des praticiens, de surveiller les tendances, d'effectuer des vérifications et, conformément à la loi, de chercher à recouvrer les sommes versées de façon inappropriée.

De plus, certains médecins reçoivent uniquement un salaire ou sont rémunérés à la vacation ou aux termes d'ententes contractuelles (ententes de services) avec les autorités de santé ou avec la province. Les médecins rémunérés par ces autres modes peuvent aussi être admissibles à fournir certains services facturés à l'acte.

5.3 PAIEMENTS AUX HÔPITAUX

Les fonds destinés aux services hospitaliers financés par l'État sont compris dans l'allocation annuelle de fonds aux autorités de santé ainsi que dans le financement ciblé à l'occasion. Cette allocation de fonds doit être utilisée pour financer toute la gamme des services de santé dont a besoin la population de la région (ou des services provinciaux particuliers pour la population de la Colombie-Britannique), y compris la prestation de services hospitaliers. Les allocations annuelles de fonds aux autorités de santé sont définies dans le cadre du processus du budget annuel du Ministère après consultation avec le ministère des Finances et le Conseil du Trésor. Le financement pour l'exercice en cours et le financement théorique des exercices ultérieurs sont transmis aux autorités de santé au moyen de lettres de financement annuelles.

La *Hospital Insurance Act* (HIA) et son Règlement ainsi que la *Health Authorities Act* régissent les paiements effectués par le gouvernement aux autorités de santé. Ces lois établissent le pouvoir du ministre de faire des paiements aux autorités régionales de la santé et à l'autorité provinciale de services de santé, et précisent en termes généraux quels services sont financés par l'État lorsqu'ils sont offerts dans un hôpital et lors de la prestation des autres services de soins de santé régionaux.

L'Accord-cadre tripartite de la Colombie-Britannique sur la gouvernance de la santé des Premières Nations et d'autres ententes forment la base du financement, par le ministère de la Santé, de l'Autorité de santé des Premières Nations. Le financement appuyant les services et les programmes de soins de santé de la nation de Nisga'a est fourni à l'autorité de santé de la vallée des Nisga'a aux termes de l'Accord de financement transitoire de 1999 du Conseil de santé de la vallée des Nisga'a.

Le Ministère ne finance pas les hôpitaux directement – les autorités de santé reçoivent plutôt un financement et fournissent des budgets de fonctionnement aux hôpitaux de leur région pour offrir des services particuliers. Il existe une exception, soit le financement fourni aux autorités de santé (encore une fois, pas directement aux hôpitaux) qui est destiné à des projets prioritaires précis (p. ex. financer les salaires ou fournir des fonds de fonctionnement afin d'appuyer de grands projets de construction d'hôpitaux en cours d'exécution). Puisque ce financement est ciblé, il doit faire l'objet d'un rapport distinct.

Un financement annuel par reconduction est accordé aux autorités de santé à l'aide du modèle de financement fondé sur les besoins de la population du Ministère et d'autres méthodes d'allocation de fonds (allocations de financement ciblées destinées à des autorités de santé précises, p. ex. coûts salariaux associés à la négociation collective). L'allocation annuelle de fonds aux autorités de santé n'inclut pas les fonds destinés aux programmes qui relèvent directement du Ministère, comme la rémunération des médecins par l'entremise du MSP et le paiement des médicaments d'ordonnance couverts par l'assurance-médicaments.

Les mécanismes de responsabilisation pour le financement gouvernemental des hôpitaux font partie de plusieurs documents importants qui établissent les attentes à l'égard des autorités de santé. Il s'agit notamment de lettres de financement annuelles, de plans de service annuels, de lettres de mandat et d'accords annuels bilatéraux. Ensemble, ils communiquent les attentes générales du Ministère à l'endroit des autorités de santé et expliquent comment le rendement par rapport à ces attentes sera contrôlé.

6.0 RECONNAISSANCE ACCORDÉE AUX TRANSFERTS FÉDÉRAUX

Le financement reçu du gouvernement fédéral au titre du Transfert canadien en matière de santé est reconnu et mentionné par le gouvernement de la Colombie-Britannique sur divers sites Web et dans divers documents du gouvernement provincial. Pour l'exercice 2016–2017, ces documents sont les suivants :

- › le budget des dépenses pour l'exercice prenant fin le 31 mars 2017, disponible à : http://bcbudget.gov.bc.ca/2016/estimates/2016_Estimates.pdf (en anglais seulement).
- › le budget et le plan financier de 2016–2017 à 2018–2019, disponible à : http://bcbudget.gov.bc.ca/2016/bfp/2016_Budget_and_Fiscal_Plan.pdf (en anglais seulement).
- › les comptes publics de 2016–2017, disponibles à : www.fin.gov.bc.ca/OCG/pa/16_17/Pa16_17.htm (en anglais seulement).

PERSONNES INSCRITES

Année	2012–2013	2013–2014	2014–2015	2015–2016	2016–2017
1. Nombre en date du 31 mars (#)	4 594 940	4 625 653	4 672 899	4 746 685	4 827 696

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE

ÉTABLISSEMENTS PUBLICS

Année	2012–2013	2013–2014	2014–2015	2015–2016	2016–2017
2. Nombre (#) ¹	120	120	120	120	120
3. Paiements pour des services de santé assurés (\$)²	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible

ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS À BUT LUCRATIF

Année	2012–2013	2013–2014	2014–2015	2015–2016	2016–2017
4. Nombre d'établissements privés à but lucratif offrant des services de santé assurés (#)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
5. Paiements aux établissements privés à but lucratif pour des services de santé assurés (\$)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS AUX RÉSIDENTS DANS UNE AUTRE PROVINCE OU UN AUTRE TERRITOIRE

Année	2012–2013	2013–2014	2014–2015	2015–2016	2016–2017
6. Nombre total de demandes patients hospitalisés (#)	6 886	7 038	6 053	7 159	5 270
7. Total des paiements patients hospitalisés (\$)	68 904 638	73 641 805	64 421 846	67 261 694	56 882 669
8. Nombre total de demandes patients externes (#)	97 088	93 382	81 547	71 313	76 662
9. Total des paiements patients externes (\$)	28 643 797	29 362 893	28 402 123	29 450 951	28 619 689

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA

Année	2012–2013	2013–2014	2014–2015	2015–2016	2016–2017
10. Nombre total de demandes patients hospitalisés (#)	4 091	2 689	2 271	2 418	2 000
11. Total des paiements patients hospitalisés (\$)	4 520 778	4 747 415	3 128 917	4 530 508	6 350 623
12. Nombre total de demandes patients externes (#)	2 915	2 709	3 713	3 189	2 601
13. Total des paiements patients externes (\$)	1 646 810	2 098 735	1 599 213	2 961 790	3 525 019

¹ Conformément aux lignes directrices, le nombre d'établissements publics présenté dans ce tableau exclut les hôpitaux psychiatriques et les établissements de soins prolongés.

² Les paiements versés aux régies de la santé par le ministère de la Santé de la C.-B. pour tous les services fournis à l'échelle régionale sont : 10,1 G\$ en 2012–2013, 10,5 G\$ en 2013–2014 et 10,8 G\$ en 2014–2015, 11,2 G\$ en 2015–2016 et 11,5 G\$ en 2016–2017.

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE

Année	2012–2013	2013–2014	2014–2015	2015–2016	2016–2017
14. Nombre de médecins participants (#) ³	9 947	10 119	10 411	10 705	11 001
15. Nombre de médecins ayant opté pour le retrait du régime d'assurance-santé (#)	4	2	2	2	2
16. Nombre de médecins non participants (#)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
17. Total des paiements des services médicaux rémunérés pour l'ensemble des méthodes de paiement (\$)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
18. Total des paiements des services médicaux rémunérés à l'acte (\$)	2 675 003 546	2 764 191 968	2 818 535 925	2 905 823 733	3 023 001 765

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS AUX RÉSIDENTS DANS UNE AUTRE PROVINCE OU UN AUTRE TERRITOIRE⁴

Année	2012–2013	2013–2014	2014–2015	2015–2016	2016–2017
19. Nombre de services (#)	632 056	687 432	711 882	674 554	665 334
20. Total des paiements (\$)	32 607 453	34 060 270	37 307 376	35 998 649	35 225 070

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA

Année	2012–2013	2013–2014	2014–2015	2015–2016	2016–2017
21. Nombre de services (#)	85 538	79 861	77 265	60 325	59 189
22. Total des paiements (\$)	4 769 088	4 508 639	4 320 459	3 164 525	3 095 542

SERVICES DE CHIRURGIE DENTAIRE ASSURÉS FOURNIS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE

Année	2012–2013	2013–2014	2014–2015	2015–2016	2016–2017
23. Nombre de dentistes participants (#)	217	212	214	207	192
24. Nombre de dentistes ayant opté pour le retrait du régime d'assurance-santé (#) ^a	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
25. Nombre de dentistes non participants (#) ^a	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
26. Nombre de services fournis (#)	50 813	54 120	54 053	52 770	55 069
27. Total des paiements (\$)	7 903 742	8 456 773	8 417 735	8 232 622	8 308 740

^a Santé Canada a demandé cette donnée à partir du rapport de 2016–2017, mais n'a pas demandé aux provinces ni aux territoires de la rapporter pour les années précédentes.

³ Le nombre de médecins participants présenté à l'indicateur 14 concerne les médecins ayant reçu des paiements par la facturation à l'acte.

⁴ Les montants aux indicateurs 19, 20, 21 et 22 ont été mis à jour pour inclure l'information la plus récente sur les services et paiements de chaque exercice selon la date de service. L'extraction des données a été faite de façon cohérente pour chaque exercice. Les données pour 2016–2017 couvre les dates de service allant du 1^{er} avril 2016 au 31 mars 2017, dont le paiement a été fait au plus tard le 30 septembre 2017.

YUKON

Le système de santé du Yukon est déterminé à ce que les habitants du Yukon valorisent les aptitudes nécessaires pour adopter un mode de vie responsable, sain et indépendant. Le ministère de la Santé et des Affaires sociales (MSAS) est responsable de la prestation de tous les services de santé assurés, dont la gestion est centralisée par le ministère.

La Division des services de santé du MSAS assume la responsabilité d'une gamme de services de soins de santé, de prévention des maladies et de traitement offerts aux habitants du Yukon admissibles, afin de les aider à vivre de la façon la plus autonome possible au sein de leur collectivité. Les Services de santé supervisent les services de santé communautaires, de soins infirmiers communautaires, de lutte contre les maladies transmissibles, de promotion de la santé, de santé bucco-dentaire, d'hygiène du milieu et de santé mentale.

En 2016–2017, le MSAS a continué à se concentrer sur une approche collaborative pour le soin des patients, afin d'assurer aux habitants du Yukon des services plus rentables et de meilleure qualité. En 2016–2017, cette approche s'est traduite par l'obtention d'un financement permanent pour les personnes ayant des besoins complexes pour la clinique (Referred Care Clinic Yukon). Il est prévu que dans le financement permanent de 2017–2018 sera assuré pour la clinique pour les femmes d'âge mûr (Yukon Women's MidLife Health Clinic) et la clinique santé sur la sexualité (Yukon Sexual Health Clinic).

1.0 GESTION PUBLIQUE

1.1 RÉGIME D'ASSURANCE-SANTÉ ET AUTORITÉ PUBLIQUE

Les Services de santé assurés et de santé auditive (SASA) sont responsables de la prestation des services de soins de santé énoncés dans la *Loi sur l'assurance-santé* et la *Loi sur l'assurance-hospitalisation*. L'objectif global des SASA est d'assurer l'accessibilité et la transférabilité des services médicaux et hospitaliers assurés, conformément aux dispositions de ces lois.

Le gouvernement du Yukon applique les prestations de santé assurées conformément au Régime d'assurance-santé du Yukon (RASY) et au Régime d'assurance-hospitalisation du Yukon (RAHY). Les deux régimes sont mis en application par le directeur, Services de santé assurés et de santé auditive. Ce poste relève d'une nomination conjointe par le ministre de la Santé et des Affaires sociales et le Commissaire du Territoire du Yukon.

Le paragraphe 3(2) et l'article 4 de la *Loi sur l'assurance-santé* renferment les dispositions d'exploitation du Régime d'assurance-santé du Yukon par une autorité publique.

Le paragraphe 3(1) et l'article 5 de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation* renferment les dispositions d'exploitation du Régime d'assurance-hospitalisation par une autorité publique.

Sous réserve des dispositions de l'article 5 de la *Loi sur l'assurance-santé* et de l'article 6 de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation*, et de son Règlement, le directeur des Services de santé assurés et de santé auditive assume les responsabilités suivantes :

- › appliquer les deux régimes;
- › déterminer l'admissibilité aux services de santé assurés;
- › créer des comités consultatifs et nommer des personnes chargées de donner des avis et aider au fonctionnement des Régimes;
- › déterminer le coût des services de santé assurés à l'extérieur du Yukon;
- › effectuer des enquêtes et des programmes de recherche, et obtenir des statistiques à ces fins;
- › nommer des inspecteurs et des vérificateurs pour examiner les dossiers médicaux, les rapports et les comptes et en tirer des renseignements.
- › accomplir toute autre fonction et s'acquitter de toute autre tâche que lui confie le ministre de la Santé et des Affaires sociales en vertu de la Loi.

Sous réserve de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation*, le directeur des Services assurés et de santé auditive assume également les responsabilités suivantes :

- › conclure des accords pour le compte du gouvernement du Yukon avec des hôpitaux, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du Yukon, ou avec le gouvernement du Canada ou d'une province, ou un de leurs organismes compétents, portant sur la prestation de services assurés à des bénéficiaires;
- › prévoir les formulaires et les livres nécessaires à la mise en œuvre des dispositions de la Loi;
- › accomplir toute autre fonction et s'acquitter de toute autre tâche que le gestionnaire peut lui attribuer aux termes du Règlement.

Aucune des deux lois n'a été modifiée en 2016–2017.

1.2 LIENS HIÉRARCHIQUES

Le ministère de la Santé et des Affaires sociales est responsable devant l'Assemblée législative et le gouvernement du Yukon par l'entremise du ministre.

L'article 6 de la *Loi sur l'assurance-santé* et l'article 7 de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation* exigent que le directeur des Services de santé assurés et de santé auditive présente au ministre de la Santé et des Affaires sociales un rapport annuel sur l'application des deux régimes d'assurance-santé. L'état des recettes et des dépenses est déposé à l'Assemblée législative, où il doit faire l'objet de discussions. L'état des recettes et des dépenses a été présenté à la séance de l'Assemblée législative au printemps 2017.

1.3 VÉRIFICATION DES COMPTES

Le Régime d'assurance-santé et le Régime d'assurancehospitalisation sont assujettis à la vérification par le Bureau du vérificateur général du Canada. Le vérificateur général du Canada agit à titre de vérificateur du gouvernement du Yukon, conformément à l'article 34 de la *Loi sur le Yukon* (Canada). Il doit vérifier annuellement les transactions et les états financiers consolidés du gouvernement du Yukon. Il doit de plus signaler à l'Assemblée législative du Yukon tout point traité dans le cadre de la vérification qui, selon lui, doit être communiqué à l'Assemblée.

En 2013, le Bureau du vérificateur général du Canada a publié le Rapport du vérificateur général du Canada de 2013 Projets d'immobilisations – Régie des hôpitaux du Yukon. Depuis ce temps, aucun rapport concernant le ministère de la Santé et des Affaires sociales n'a été publié par le Bureau du vérificateur général du Canada.

De plus, concernant la Régie des hôpitaux du Yukon, le paragraphe 13(2) de la *Loi sur les hôpitaux* exige que la Régie remette un rapport de ses activités pour cet exercice au ministre dans les six mois de la fin de chacun des exercices. Le rapport doit comprendre les états financiers de la Régie et le rapport du vérificateur.

2.0 INTÉGRALITÉ

2.1 SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS

Les articles 3, 4, 5, 6 et 9 de la *Loi sur l'assurance hospitalisation* confèrent le pouvoir de fournir des services hospitaliers assurés aux habitants assurés. La Yukon Hospital Insurance Services Ordinance, adoptée en 1960, est entrée en vigueur le 9 avril de la même année. Aucune modification n'a été apportée à la Loi en 2016–2017.

Adoptée le 7 décembre 1989, la *Loi sur les hôpitaux* confère à la législature et au gouvernement la responsabilité de veiller à ce que « soient respectées les méthodes rationnelles d'exploitation et les normes appropriées applicables aux installations et aux soins ». Adopté le 11 novembre 1994, le *Règlement sur les normes applicables aux hôpitaux* définit les conditions de fonctionnement de tous les hôpitaux du territoire. Le paragraphe 4(1) prévoit la nomination par le ministre d'une ou de plusieurs personnes pour enquêter et faire rapport sur la gestion et l'administration d'un hôpital. Le paragraphe 4(2) exige que le conseil d'administration de l'hôpital établisse et maintienne un programme d'assurance de la qualité.

Depuis avril 1997, c'est le gouvernement du Yukon, plutôt que le gouvernement fédéral, qui assume la responsabilité des centres de santé dans les communautés rurales du Yukon. Le personnel de ces centres de santé est notamment composé d'une ou plusieurs infirmières, ainsi que d'employés de soutien. En l'absence de médecin, les infirmières en soins de santé primaires offrent des cliniques de jour pour les traitements médicaux, des programmes de santé communautaire et des services d'urgence 24 heures dans 11 communautés du Yukon, en plus du Centre de santé de Whitehorse, qui offre des cliniques de vaccination et des soins prénataux et postnataux.

En 2016–2017, des services assurés aux patients hospitalisés et aux patients externes ont été fournis dans 14 établissements sur tout le territoire. Ces établissements comprennent l'hôpital général de Whitehorse, l'hôpital communautaire de Watson Lake, l'hôpital communautaire de Dawson City et onze centres de communautaires.

La Régie des hôpitaux du Yukon a terminé son processus d'agrément en mai 2014 par suite d'un cycle de quatre ans relevant d'Agrément Canada. L'hôpital général de Whitehorse et l'hôpital communautaire de Watson Lake prendront part à ce processus, tandis que l'hôpital communautaire de Dawson City participera au prochain processus en 2018.

Aux termes des paragraphes 2e) et 2f) du *Règlement sur l'assurance-hospitalisation*, les services fournis dans un hôpital agréé sont assurés. La définition de « services assurés aux patients hospitalisés » qui figure au paragraphe 2e) comprend tous les services suivants fournis aux patients hospitalisés : l'hébergement et les repas en salle commune ou au niveau de service normal; les services infirmiers essentiels; les examens de laboratoire, radiographies et épreuves diagnostiques ainsi que l'interprétation nécessaire de leurs résultats dans le but de maintenir la santé, de prévenir la maladie ou de faciliter le diagnostic et le traitement d'un traumatisme, d'une maladie ou d'un handicap; les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes indiqués à l'annexe B du Règlement, lorsqu'ils sont administrés à l'hôpital; l'usage de la salle d'opération, de la salle d'accouchement et des installations d'anesthésie, y compris du matériel et des fournitures connexes; les fournitures chirurgicales courantes; l'usage des installations de radiothérapie, lorsqu'elles sont disponibles; l'usage des installations de physiothérapie, lorsqu'elles sont disponibles, et les services rendus par des personnes touchant une rémunération de l'hôpital pour ce faire.

La définition de « services assurés aux patients externes » au paragraphe 2f) du même Règlement inclut les services fournis aux malades externes pour le diagnostic ou le traitement d'urgence dans les 24 heures suivant un accident (laquelle période peut être prolongée par l'administrateur lorsque le service n'a pu être obtenu dans les 24 heures suivant l'accident), à savoir : les services infirmiers essentiels; les examens de laboratoire, radiographies et autres épreuves diagnostiques ainsi que l'interprétation de leurs résultats dans le but de faciliter le diagnostic et de soigner un traumatisme; les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes indiqués à l'annexe B, lorsqu'ils sont administrés à l'hôpital; l'usage de la salle d'opération et des installations d'anesthésie, y compris du matériel et des fournitures connexes; les fournitures chirurgicales habituelles; les services rendus par des personnes touchant une rémunération de l'hôpital pour ce faire; l'usage des installations de radiothérapie, lorsqu'elles sont disponibles, et l'usage des installations de physiothérapie, lorsqu'elles sont disponibles.

Conformément au *Règlement sur l'assurance-hospitalisation*, tous les services offerts dans un hôpital agréé aux patients hospitalisés et aux patients externes par les employés de l'établissement sont des services assurés. Les soins infirmiers, les produits pharmaceutiques, les fournitures et les services de diagnostic et de chirurgie courants sont offerts. Tout nouveau programme ou toute amélioration ayant d'importantes répercussions financières, de même que les réductions de services ou de programmes doivent être approuvées au préalable par le ministre de la Santé et des Affaires sociales. Ce processus est géré par le directeur des Services de santé assurés et de santé auditive. Pour les questions concernant les changements de niveau de service, des membres du conseil d'administration de l'hôpital représentent le public.

Le 31 août 2016, le MSAS a mis en œuvre le règlement d'application de la *Loi sur la protection et la gestion des renseignements médicaux*. La Loi assure un juste équilibre entre la protection des renseignements médicaux personnels et l'accès aux renseignements dont les travailleurs de la santé ont besoin pour offrir aux habitants du Yukon les meilleurs soins possible. Le règlement afférent à la Loi établira des normes sur la façon de protéger les renseignements personnels, ainsi que sur les professions et les organismes auxquels la Loi s'appliquera. De plus, la Loi décrit aussi le cadre pour les systèmes d'information qui contiendra et transmettra les renseignements médicaux personnels, le Réseau d'information sur la santé du Yukon (RISY).

2.2 SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS

Les services médicaux assurés au Yukon sont les services médicalement nécessaires rendus par un médecin. Les articles 1 à 8 de la *Loi sur l'assurance-santé* et les articles 2, 3, 7, 10 et 13 du *Règlement sur le Régime d'assurance-santé* prévoient la prestation de services médicaux assurés. Aucune modification n'a été apportée à la Loi en 2016–2017.

Le Régime d'assurance-santé du Yukon couvre les services médicalement nécessaires fournis par des médecins. Pour y participer, le médecin doit satisfaire aux exigences suivantes :

- › s'inscrire au registre médical pour obtenir une licence conformément à la *Loi sur les professions de la santé*;
- › conserver sa licence, conformément à la *Loi sur les professions de la santé*.

En 2016–2017, 89 médecins résidents participaient au Régime d'assurance-santé du Yukon, ainsi que 43 médecins suppléants et 40 spécialistes itinérants.

L'article 7 du *Règlement sur le Régime d'assurance-santé* du Yukon couvre le paiement des services médicaux. Aux termes du paragraphe 4, les médecins peuvent prendre des dispositions pour facturer les services assurés aux patients sur une base autre que la rémunération à l'acte. Ils doivent à cette fin remettre un avis écrit au directeur des Services de santé assurés et de santé auditive. En 2016–2017, les médecins ont été rémunérés à l'acte et par d'autres modes de paiement.

Un comité gère le processus d'ajout au barème des honoraires (*Payment Schedule*) du Yukon. Selon ce processus, les médecins doivent présenter une demande par écrit au comité de liaison de l'Association médicale du Yukon et du Régime d'assurance-santé du Yukon. Le comité examine la demande, puis une décision est prise quant à l'ajout ou non du service. En général, les coûts ou les honoraires connexes sont habituellement établis d'après ceux des autres provinces ou territoires. Lorsque les honoraires à l'acte sont fixés, tous les médecins du Yukon en sont informés des honoraires applicables au service. Une consultation publique n'est pas requise.

De nouveaux honoraires peuvent également être négociés entre l'Association médicale du Yukon et le ministère de la Santé et des Affaires sociales. Le directeur des Services de santé assurés et de santé auditive gère ce processus, qui ne prévoit aucune consultation publique.

Le Protocole d'entente de cinq ans avec l'Association médicale du Yukon prendra fin le 31 mars 2017. Les négociations en vue d'un nouveau protocole ont commencé en décembre 2016.

2.3 SERVICES DE CHIRURGIE DENTAIRE ASSURÉS

Les dentistes qui fournissent des services de chirurgie dentaire assurés par le Régime d'assurance-santé du Yukon doivent être titulaires d'une licence délivrée en vertu de la *Loi sur les professions dentaires*. Pour facturer, ils reçoivent un numéro de facturation au Régime d'assurance-santé du Yukon pour la prestation de services dentaires assurés. Les services fournis à l'extérieur du territoire sont également facturés directement au régime.

Les services dentaires assurés se limitent aux actes de chirurgie dentaire inscrits à l'annexe B du *Règlement sur le Régime d'assurance-santé*. Les interventions doivent être pratiquées en milieu hospitalier.

Un décret modifiant l'annexe B du *Règlement sur le Régime d'assurance-santé* concernant les services d'assurance-santé est requis pour qu'un service soit ajouté à la liste des services dentaires assurés ou en soit retiré. Les décisions à cet égard sont prises en fonction de la nécessité de fournir le service dans un hôpital et d'utiliser l'anesthésie générale. Le directeur des Services de santé assurés et de santé auditive gère ce processus.

Aucun service de chirurgie dentaire assuré n'a été ajouté en 2016-2017.

2.4 SERVICES HOSPITALIERS, MÉDICAUX ET DE CHIRURGIE DENTAIRE NON ASSURÉS

Seuls les services prescrits et fournis conformément à la *Loi sur l'assurance-santé* et à son *Règlement* ainsi qu'à la *Loi sur l'assurance-hospitalisation* et à son *Règlement* sont assurés. Aucun autre service n'est couvert.

Les services hospitaliers non assurés comprennent : l'hospitalisation des non-résidents; les services infirmiers spéciaux ou privés retenus par le patient ou la famille du patient; le supplément pour une chambre privée ou semi-privée, lorsque celle-ci n'est pas médicalement nécessaire; les béquilles et autres dispositifs semblables; les coûts d'une maison de soins infirmiers; les téléviseurs; les téléphones; les médicaments et les produits biologiques nécessaires après un congé de l'hôpital. (Ces services ne sont pas fournis par l'hôpital.)

L'article 3 du *Règlement sur le Régime d'assurance-santé* du Yukon établit une liste des services non assurés. Les services médicaux non assurés comprennent : les conseils donnés au téléphone; les services de médecine légale; les témoignages en cour; la préparation des dossiers et des rapports; les certificats et les communications; les services ou examens réclamés par un tiers; les services, examens ou rapports pour étudier dans une université ou aller dans un camp; l'examen ou l'immunisation pour un voyage, un emploi ou l'émigration; les cosmétiques; les services qui ne sont pas nécessaires sur le plan médical; donner ou écrire des ordonnances; la fourniture de médicaments; les soins dentaires, à l'exception des interventions mentionnées à l'annexe B, et les interventions expérimentales.

Les médecins du Yukon peuvent facturer directement aux patients les services de santé non assurés. Des honoraires forfaitaires ne sont pas actuellement demandés, mais certains médecins facturent en fonction du service. Les services facturables comprennent, entre autres, la consignation de renseignements dans les formulaires de demande d'emploi et la préparation de rapports médicaux juridiques, le transfert de dossiers, les examens réclamés par des tiers, certains services non urgents ainsi que les prescriptions, les consultations et les conseils donnés au téléphone.

Le paiement n'a aucune incidence sur l'accès des patients aux services puisque les cliniques et les médecins ne facturent pas tous ces services et que d'autres agences ou les employeurs peuvent couvrir ces coûts.

Les services dentaires non assurés comprennent les actes réputés restaurateurs ainsi que les actes qui ne sont pas exécutés dans un hôpital et qui ne nécessitent pas une anesthésie générale.

Tous les habitants du Yukon jouissent de l'égalité d'accès aux services. Les tiers, comme les assureurs privés et la Commission de la santé et de la sécurité au travail, n'ont pas accès en priorité aux services en versant un supplément. L'achat de services ou de fournitures non assurés, comme les plâtres en fibre de verre, ne retarde ou ne compromet en rien l'accès aux services assurés. Les assurés sont informés de leurs options de traitement lorsqu'ils reçoivent le service.

Le Yukon n'a aucun processus officiel de surveillance de la conformité; toutefois, les commentaires des médecins, des administrateurs d'hôpitaux, des professionnels de la santé et du personnel permettent au directeur des Services de santé assurés et de santé auditive d'exercer une surveillance en cas de préoccupations relatives à l'utilisation ou aux services.

Le processus utilisé pour désassurer un service couvert par le Régime d'assurance-santé du Yukon est le suivant :

Services médicaux – Le comité de liaison de l'Association médicale du Yukon et du Régime d'assurance-santé du Yukon examine les modifications à apporter au barème des honoraires du Yukon, dont celles qui découlent de la décision de désassurer certains services. Cette décision est prise en collaboration avec le conseiller médical du Yukon et est fondée sur l'existence de preuves médicales que le service n'est pas médicalement nécessaire, qu'il est inefficace ou qu'il pourrait présenter un risque pour la santé des patients. Une fois la décision prise de désassurer un service, tous les médecins en sont avisés par écrit. Le directeur des Services de santé assurés et de santé auditive gère ce processus. Aucun service n'a été retiré du barème des honoraires du Yukon en 2016–2017.

Services hospitaliers – Les paragraphes 2e) et 2f) du *Règlement sur l'assurance hospitalisation* du Yukon doivent être modifiés par décret. En date du 31 mars 2017, aucun service hospitalier aux malades hospitalisés ou externes prévu au Règlement n'avait été désassuré. Le directeur des Services de santé assurés et de santé auditive gère le processus en collaboration avec la Régie des hôpitaux du Yukon.

Services de chirurgie dentaire – L'annexe B du *Règlement sur le Régime d'assurance santé* doit être modifiée par décret. Un service peut être désassuré s'il n'est plus jugé médicalement nécessaire ou si l'intervention n'a plus à être pratiquée sous anesthésie générale dans un hôpital. Le directeur des Services de santé assurés et de santé auditive gère ce processus. Aucun service de chirurgie dentaire n'a été désassuré en 2016–2017.

3.0 UNIVERSALITÉ

3.1 ADMISSIBILITÉ

Les dispositions concernant l'admissibilité aux services de santé assurés sont énoncées à l'article 2 de la *Loi sur l'assurance santé*, et à l'article 4 de son Règlement, ainsi qu'à l'article 2 de la *Loi sur l'assurance hospitalisation* et à l'article 4 de son Règlement. Aucune modification n'a été apportée aux lois en 2016–2017.

Sous réserve des dispositions de ces lois et règlements, tous les habitants du Yukon sont admissibles aux services de santé assurés selon des modalités uniformes. La définition de « habitant », soit « personne légalement autorisée à être ou à rester au Canada, qui est domiciliée et qui réside habituellement au Yukon, à l'exception d'une personne faisant du tourisme, de passage, d'étudiant étranger ou en visite »,

correspond à celle d'« habitant » de la *Loi canadienne sur la santé*. Selon les paragraphes 4(1) du *Règlement sur le Régime d'assurance-santé* et du *Règlement sur l'assurance-hospitalisation* du Yukon, « un assuré est admissible aux services assurés et y a droit après minuit, le dernier jour du second mois suivant son arrivée au Yukon ». Toute personne qui retourne au Yukon ou y établit sa résidence est assujettie à la période d'attente, à l'exception des enfants adoptés par des assurés et des nouveau-nés. Les personnes suivantes ne sont pas admissibles à la couverture du régime au Yukon :

les personnes qui ont droit à des prestations dans leur province ou territoire d'origine (p. ex. les étudiants et les travailleurs couverts aux termes des dispositions concernant les absences temporaires);

- › les personnes en visite au Yukon;
- › les demandeurs du statut de réfugié;
- › les réfugiés au sens de la Convention;
- › les détenus des pénitenciers fédéraux;
- › les détenteurs de permis d'étude, sauf s'il s'agit d'un enfant qui est à la charge d'une personne possédant un permis de travail d'un an;
- › les personnes ayant un permis de travail valide pour moins d'un an.

Ces personnes peuvent devenir admissibles dans l'une ou l'autre des situations suivantes :

- › elles fournissent une preuve de résidence au Yukon;
- › elles obtiennent le statut de résident permanent;
- › pour les détenus du Centre correctionnel de Whitehorse, le lendemain du jour où ils obtiennent leur congé ou leur libération s'ils sont en poste au Yukon ou y habitent.

En date du 31 mars 2017, 39 997 personnes étaient inscrites au Régime d'assurance-santé du Yukon

3.2 AUTRES CATÉGORIES DE PERSONNES

Le Régime d'assurance-santé du Yukon prévoit la couverture d'autres catégories de personnes, comme suit :

Canadiens de retour au pays – une période d'attente s'applique;

Résidents permanents – une période d'attente s'applique;

Détenteurs de permis ministériel – une période d'attente s'applique lorsque l'autorisation est donnée;

Travailleurs étrangers – une période d'attente s'applique, à condition de détenir une autorisation d'emploi;

Membres du clergé – une période d'attente s'applique, à condition de détenir une autorisation d'emploi.

Les autorisations d'emploi doivent être valables pour une période de plus de 12 mois.

4.0 TRANSFÉRABILITÉ

4.1 PÉRIODE D'ATTENTE MINIMALE

S'il y a lieu, l'admissibilité de toutes les personnes est gérée conformément à l'Accord interprovincial sur l'admissibilité et la transférabilité. Aux termes du paragraphe 4(1) des deux règlements « un assuré est admissible aux services assurés et y a droit après minuit, le dernier jour du second mois suivant son arrivée au Yukon ». Toutes les personnes admissibles sont assujetties à la période d'attente minimum, à l'exception des enfants adoptés par des assurés (voir la section 3.1) et des nouveau-nés.

4.2 COUVERTURE DURANT DES ABSENCES TEMPORAIRES AU CANADA

Les articles 5, 6, 7 et 10 du *Règlement sur le Régime d'assurance-santé* du Yukon ainsi que l'article 6, les paragraphes 7(1) et 7(2) et l'article 9 du *Règlement sur l'assurance-hospitalisation* du Yukon renferment les dispositions concernant la transférabilité de l'assurance-santé durant une absence temporaire au Canada.

Ces deux règlements stipulent que l'assuré qui quitte le Yukon, mais a l'intention d'y revenir, a droit aux services assurés pour une période de 12 mois d'absence continue. Les personnes qui quittent le Yukon pour plus de trois mois doivent communiquer avec la direction des services de santé assurés et remplir un formulaire « d'absence temporaire », sinon leur couverture pourrait être annulée.

Les étudiants qui fréquentent, à temps plein, un établissement d'enseignement situé à l'extérieur du Yukon demeurent admissibles à l'assurance-santé pendant la durée de leurs études. Le directeur des Services de santé assurés et de santé auditive peut autoriser d'autres absences de plus de 12 mois consécutifs sur présentation d'une demande écrite de l'assuré. Les demandes de prolongation doivent être renouvelées chaque année et recevoir l'approbation du directeur.

Concernant les travailleurs temporaires et les missionnaires, le directeur des Services de santé assurés et de santé auditive peut autoriser des absences de plus de 12 mois consécutifs sur présentation d'une demande écrite par l'assuré. Les demandes de prolongation doivent être renouvelées chaque année et recevoir l'approbation du directeur.

Les dispositions concernant la couverture durant des absences temporaires au Canada sont strictement conformes aux modalités de l'Accord interprovincial sur l'admissibilité et la transférabilité, en vigueur depuis le 1^{er} février 2001. Les définitions dans les règlements, les politiques et les procédures sont uniformisées.

Le Yukon adhère complètement aux ententes interprovinciales sur la facturation réciproque des services médicaux et hospitaliers, conclues avec les provinces et les autres territoires, à l'exception du Québec, qui ne participe pas aux ententes de facturation réciproque des services médicaux. Les personnes qui reçoivent des services médicaux (d'un médecin) au Québec peuvent devoir payer directement les honoraires et présenter une demande de remboursement au Régime d'assurance-santé du Yukon.

Les ententes de facturation réciproque des services hospitaliers prévoient le paiement des services hospitaliers aux patients hospitalisés ou externes fournis ailleurs au Canada à des habitants admissibles du Yukon.

Les ententes de facturation réciproque des services médicaux prévoient le paiement des services médicaux assurés fournis ailleurs au Canada aux habitants admissibles. Le paiement est versé à la province ou au territoire qui a fourni le service, aux tarifs établis par cette province ou ce territoire.

Les services assurés fournis aux habitants du Yukon pendant une absence temporaire du territoire sont payés aux tarifs fixés par la province d'accueil.

4.3 COUVERTURE DURANT DES ABSENCES TEMPORAIRES À L'EXTÉRIEUR DU CANADA

Les articles 5, 6, 7, 9, 10 et 11 du *Règlement sur le Régime d'assurance-santé* du Yukon ainsi que l'article 6, les paragraphes 7(1) et 7(2) et l'article 9 du *Règlement sur l'assurance hospitalisation* du Yukon renferment les dispositions concernant la transférabilité de l'assurance-santé pendant des absences temporaires à l'étranger.

Aux termes des articles 5 et 6, l'assuré qui quitte le Yukon, mais a l'intention d'y revenir a droit aux services assurés pour une période de 12 mois d'absence continue. Comme pour les absences temporaires générales, des travaux de réglementation sur la couverture pendant les absences temporaires à l'extérieur du Canada sont en cours et feront l'objet d'autres consultations publiques avant l'entrée en vigueur des modifications.

Les personnes qui quittent le Yukon pour une période de plus de trois mois doivent communiquer avec le Régime d'assurance-santé du Yukon et remplir un formulaire « d'absence temporaire », sinon leur couverture pourrait être annulée.

Les dispositions concernant la transférabilité de l'assurance-santé durant des absences à l'étranger d'étudiants, de travailleurs temporaires et de missionnaires sont les mêmes que celles qui sont en vigueur pour les absences au Canada (voir la section 4.2 du présent rapport).

Les services médicaux assurés fournis à l'étranger aux habitants admissibles du Yukon durant une absence temporaire à l'étranger sont remboursés aux tarifs prévus pour ces services lorsqu'ils sont fournis au Yukon. Le Régime d'assurance-santé verse le paiement à l'assuré ou directement au fournisseur du service assuré.

Les services hospitaliers aux personnes malades hospitalisés fournis à l'étranger aux habitants admissibles du Yukon sont payés aux tarifs établis pour l'hôpital général de Whitehorse dans le *Règlement sur le tarif normalisé pour un traitement en clinique*. En 2016-2017, le tarif d'hospitalisation a été établi à 2 462 \$ par jour à l'hôpital général de Whitehorse et à 1 106 \$ par jour aux hôpitaux communautaires de Lake Watson et de Dawson City. Ces tarifs sont établis annuellement par le Comité de coordination des ententes interprovinciales en assurance-santé (CCEIAS).

Les services hospitaliers assurés fournis à l'extérieur du Canada aux personnes malades externes admissibles du Yukon sont remboursés au tarif établi par le CCEIAS.

4.4 NÉCESSITÉ D'UNE APPROBATION PRÉALABLE

Aucune disposition législative n'oblige les habitants admissibles à obtenir une autorisation avant de recevoir des services médicaux ou hospitaliers d'urgence ou facultatifs à l'extérieur du Yukon ou du Canada.

Les participants au régime ayant reçu des traitements à l'extérieur du Yukon ou du Canada ne pourront se faire rembourser que les montants prévus aux articles 4.2 et 4.3.

L'autorisation préalable du directeur des Services de santé assurés est nécessaire pour que des services reçus à l'extérieur du Canada soient remboursés en totalité.

5.0 ACCESSIBILITÉ

5.1 ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ ASSURÉS

Le Régime d'assurance-santé du Yukon et le Régime d'assurance-hospitalisation du Yukon ne prévoient pas de frais modérateurs ni de coassurance. Tous les services sont offerts selon des modalités uniformes sans obstacle financier ou autre obstacle à l'accès. Aucun service assuré au titre du Régime d'assurance-santé du Yukon ne fait l'objet d'une surfacturation.

L'accès aux services hospitaliers ou médicaux qui ne sont pas offerts localement est fourni dans le cadre du programme de spécialistes itinérants, du programme de télésanté ou du programme sur les déplacements pour soins médicaux. Ces programmes permettent de s'assurer que les services médicalement nécessaires sont reçus immédiatement ou dans un très court délai.

Pour améliorer l'accès aux services de santé assurés, le Ministère a continué d'augmenter le nombre de spécialistes itinérants en vue de mieux servir les patients du territoire.

De plus, les prestations de santé complémentaires offertes par les SASA aux habitants admissibles du Yukon sont les suivantes : programme sur les déplacements pour soins médicaux; programme d'assurance-médicaments et de soins de la vue pour les enfants; programme de prestations aux malades chroniques et aux personnes handicapées; programme d'assurance-médicaments, programme de prestations complémentaires et programme de services de santé auditive.

La Régie des hôpitaux du Yukon exploite les trois hôpitaux du territoire, soit l'hôpital général de Whitehorse (WGH), l'hôpital communautaire de Watson Lake et l'hôpital communautaire de Dawson City. Les travaux de construction entrepris au WGH afin d'agrandir le département des urgences et le département de radiologie, et de loger de façon permanente le programme d'IRM se sont poursuivis en 2016–2017. On prévoit compléter le projet en janvier 2018.

5.2 RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS

Le ministère de la Santé et des Affaires sociales obtient son mandat de négocier du gouvernement du Yukon avant de négocier avec l'Association médicale du Yukon (AMY). Les deux parties nomment des représentants pour former l'équipe de négociation. Des réunions ont lieu jusqu'à ce que les parties arrivent à un accord. L'équipe de négociation de l'AMY demande alors aux membres de l'Association d'approuver le projet d'entente. Pour sa part, le Ministère demande au gouvernement du Yukon de ratifier l'entente. L'entente finale est signée avec l'assentiment des deux parties. Le présent protocole d'entente a pris fin le 31 mars 2017.

La *Loi sur l'assurance-santé* et le *Règlement sur le Régime d'assurance-santé* du Yukon régissent le paiement des services médicaux et dentaires assurés. Aucune modification n'a été apportée en 2016–2017 aux articles de ces textes législatifs qui portent sur cette question.

La majeure partie des services médicaux assurés fournis aux habitants sont remboursés selon le mode de la rémunération à l'acte. Les autres systèmes de remboursement comprennent les paiements contractuels et la rémunération à la vacation, et pour les services fournis à Whitehorse ainsi que dans les communautés rurales du territoire.

5.3 PAIEMENTS AUX HÔPITAUX

Le gouvernement du Yukon finance la Régie des hôpitaux du Yukon (l'hôpital général de Whitehorse, l'hôpital communautaire de Watson Lake et l'hôpital communautaire de Dawson City) dans le cadre d'accords de contribution conclus avec le ministère de la Santé et des Affaires sociales. Les niveaux de financement globaux des frais de fonctionnement et d'entretien (F et E) et des immobilisations font l'objet de négociations et sont établis en fonction des besoins opérationnels et des projections de l'utilisation fondées sur les années antérieures. En plus des crédits établis de F et E et d'immobilisations prévus dans l'accord, les hôpitaux peuvent présenter des demandes de financement supplémentaire pour mettre en œuvre des programmes nouveaux ou améliorés.

La *Loi sur l'assurance-hospitalisation* et le *Règlement sur l'assurance-hospitalisation* du Yukon régissent les paiements versés par le Régime d'assurance-santé aux établissements qui offrent des services hospitaliers assurés. Ces textes législatifs établissent le cadre qui régit le versement de paiements à l'égard des services assurés fournis par ces hôpitaux aux assurés. Aucune modification n'a été apportée en 2016–2017 aux articles de ces textes législatifs qui portent sur cette question.

6.0 RECONNAISSANCE ACCORDÉE AUX TRANSFERTS FÉDÉRAUX

Le gouvernement du Yukon a fait état des contributions fédérales au moyen du Transfert canadien en matière de santé dans ses publications annuelles des Comptes publics et du Budget principal des dépenses de 2016–2017, accessibles au public. Les alinéas 3(1)d) et e) de la *Loi sur l'assurance-santé* et l'article 3 de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation* reconnaissent la contribution du gouvernement du Canada.

PERSONNES INSCRITES

Année	2012–2013	2013–2014	2014–2015	2015–2016	2016–2017
1. Nombre en date du 31 mars (#)	37 048	38 054	38 261	38 831	39 997

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE

ÉTABLISSEMENTS PUBLICS¹

Année	2012–2013	2013–2014	2014–2015	2015–2016	2016–2017
2. Nombre (#)	15	15	15	15	14
3. Paiements pour des services de santé assurés (\$) ²	58 081 700	66 231 349	68 019 857	68 688 217	64 756 767

ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS À BUT LUCRATIF

Année	2012–2013	2013–2014	2014–2015	2015–2016	2016–2017
4. Nombre d'établissements privés à but lucratif offrant des services de santé assurés (#)	0	0	0	0	0
5. Paiements aux établissements privés à but lucratif pour des services de santé assurés (\$)	0	0	0	0	0

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS AUX RÉSIDENTS DANS UNE AUTRE PROVINCE OU UN AUTRE TERRITOIRE³

Année	2012–2013	2013–2014	2014–2015	2015–2016	2016–2017
6. Nombre total de demandes patients hospitalisés (#)	1 173	1 197	1 205	1 242	1 217
7. Total des paiements patients hospitalisés (\$)	15 890 700	16 562 129	16 703 371	17 882 023	18 863 790
8. Nombre total de demandes patients externes (#)	14 036	15 493	15 659	14 686	14 869
9. Total des paiements patients externes (\$)	4 425 670	4 730 725	5 074 139	4 906 418	5 413 490

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA

Année	2012–2013	2013–2014	2014–2015	2015–2016	2016–2017
10. Nombre total de demandes patients hospitalisés (#)	18	8	13	19	15
11. Total des paiements patients hospitalisés (\$)	70 556	39 293	56 722	52 879	157 287
12. Nombre total de demandes patients externes (#)	61	44	64	44	37
13. Total des paiements patients externes (\$)	19 823	9 951	15 889	11 410	11 454

¹ Comprend onze centres de santé (Beaver Creek, Carcross, Carmacks, Destruction Bay, Faro, Haines Junction, Mayo, Old Crow, Pelly Crossing, Ross River, Teslin) et trois hôpitaux (Whitehorse, Dawson City et Watson Lake). Puisque Whitehorse, Dawson City et Watson Lake ont tous des hôpitaux, les centres de santé dans ces communautés sont classifiés comme des bureaux de santé publique.

² Comprend les paiements aux hôpitaux et aux services de soins infirmiers communautaires.

³ Les hôpitaux ont un an, à partir de la date du service, pour facturer la province ou le territoire (l'information est fondée sur la date du service; donc, la période 2016–2017 reste ouverte jusqu'au 31 mars 2018).

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE

Année	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017
14. Nombre de médecins participants (#)	70	71	70	78	89
15. Nombre de médecins ayant opté pour le retrait du régime d'assurance-santé (#)	0	0	0	0	0
16. Nombre de médecins non participants (#)	0	0	0	0	0
17. Total des paiements des services médicaux rémunérés pour l'ensemble des méthodes de paiement (\$)	22 690 228	24 409 655	26 949 206	28 115 103	31 462 766
18. Total des paiements des services médicaux rémunérés à l'acte (\$)⁴	18 660 715	18 817 879	20 295 869	19 994 380	21 839 959

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS AUX RÉSIDENTS DANS UNE AUTRE PROVINCE OU UN AUTRE TERRITOIRE

Année	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017
19. Nombre de services (#)	59 962	57 178	61 331	61 733	52 451
20. Total des paiements (\$)	3 563 528	3 503 179	3 718 480	3 919 741	3 990 399

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA

Année	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017
21. Nombre de services (#)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
22. Total des paiements (\$)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible

SERVICES DE CHIRURGIE DENTAIRE ASSURÉS FOURNIS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE

Année	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017
23. Nombre de dentistes participants (#)	3 ⁵	2	2	2	2
24. Nombre de dentistes ayant opté pour le retrait du régime d'assurance-santé (#) ^a	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
25. Nombre de dentistes non participants (#) ^a	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
26. Nombre de services fournis (#)	26 ⁵	6	6	5	2
27. Total des paiements (\$)	21 845	3 827	8 117	1 781	9 641

^a Santé Canada a demandé cette donnée à partir du rapport de 2016-2017, mais n'a pas demandé aux provinces ni aux territoires de la rapporter pour les années précédentes.

⁴ Comprend les spécialistes itinérants, les remboursements aux membres, les médecins suppléants et les tests effectués par les optométristes rémunérés à l'acte. Exclut les services et les coûts assurés par d'autres ententes de paiement.

⁵ Comprend la facturation directe des services de chirurgie dentaire assurés obtenus à l'extérieur du territoire.

TERRITOIRES DU NORD-OUEST

Durant la période couverte par le rapport, le ministère de la Santé et des Services sociaux (le Ministère) a travaillé avec les administrations des services de santé et des services sociaux (ASSSS) afin de gérer et de fournir des services assurés dans les Territoires du Nord-Ouest (T.N.O.).

Au cours de l'exercice 2016–2017, le Ministère a réalisé les activités législatives suivantes relatives aux services de soins de santé :

- Les modifications à la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des services de santé et des services sociaux* (LAHASSSS) sont entrées en vigueur le 1^{er} août 2016. Elles ont permis d'établir une Administration territoriale des services de santé et des services sociaux et de regrouper six des ASSSS existantes. La Loi oblige le ministre de la Santé et des Services sociaux d'élaborer un plan territorial des services sociaux et de santé. Ensemble, ces changements visent à améliorer les soins aux patients, l'intégration du système et la responsabilisation.
- La préparation des règlements en vertu de la *Loi sur les professions des services sociaux et de santé* s'est poursuivie. La Loi permettra la réglementation, sous un modèle législatif unique, de plusieurs professions des services sociaux et de santé. Le Ministère pourra ainsi moderniser les lois actuelles, engendrant une efficacité et une cohérence plus grandes.
- La préparation des règlements se poursuit afin de mettre en vigueur la nouvelle *Loi sur la santé mentale* qui, une fois en vigueur, fournira un cadre législatif plus moderne, semblable à la législation partout au Canada.

1.0 GESTION PUBLIQUE

1.1 RÉGIME D'ASSURANCE-SANTÉ ET AUTORITÉ PUBLIQUE

Le Régime d'assurance-santé des T.N.-O. comprend le Régime d'assurance-maladie et le Régime d'assurance-hospitalisation.

L'autorité publique chargée de gérer le Régime d'assurance-maladie est le directeur de l'assurance-maladie, nommé par le ministre de la Santé et des Services sociaux (le ministre) en vertu de la *Loi sur l'assurance-maladie*. Le ministre établit l'Administration des services de santé et des services sociaux des Territoires du Nord-Ouest (Administration territoriale) et les conseils d'administration des ASSSS conformément à la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des services de santé et des services sociaux* (LAHASSSS) afin, notamment, de gérer le plan d'assurance-hospitalisation.

1.2 LIENS HIÉRARCHIQUES

Durant la période couverte par le rapport, jusqu'au 1^{er} août 2016, il existait huit ASSSS : l'Agence de services communautaires tlicho (ASCT), l'Administration de santé territoriale Stanton, l'ASSSS de Yellowknife, l'ASSSS du Sahtu, l'ASSSS de BeaufortDelta, l'ASSSS du Deh Cho, l'ASSSS de Fort Smith et l'ASSSS de Hay River.

En date du 1^{er} août 2016, les modifications à la LAHASSSS sont entrées en vigueur, ce qui a permis la création de l'Administration des services de santé et des services sociaux des Territoires du Nord-Ouest (Administration territoriale), dont les affaires sont dirigées par un conseil d'administration territorial. Six conseils régionaux du mieux-être donnent des avis au conseil d'administration territorial, qui est composé des présidents des conseils régionaux du mieux-être et des présidents de l'ASCT et de l'ASSSS de Hay River, qui demeurent des conseils d'administration. Le conseil d'administration territorial et les autres conseils d'administration relèvent du ministre.

L'Administration territoriale et les autres conseils d'administration sont responsables de la prestation des services de santé et des services sociaux ainsi que de la gestion, du contrôle et de l'exploitation des établissements et des services dans l'ensemble des T.N.-O. En vertu de la loi, l'Administration territoriale et les conseils d'administration sont tenus de respecter le plan territorial établi par le ministre.

Le ministre nomme le directeur de l'assurance-maladie qui est chargé d'appliquer la *Loi sur l'assurance-maladie* et son Règlement. Le directeur doit lui présenter un rapport annuel sur la situation opérationnelle du Régime d'assurance-maladie. Ce rapport se trouve dans le Rapport annuel du Ministère.

Le ministre nomme un président et des membres à chaque conseil régional du mieux-être, ainsi qu'à l'ASSSS de Hay River, et le président du conseil d'administration territorial. Les présidents et les membres peuvent exercer leurs fonctions pendant trois ans et être nommés de nouveau pour un autre mandat. Le ministre peut nommer un administrateur public pour assumer le rôle du conseil d'administration dans certaines circonstances si le ministre juge que cela est nécessaire. Au moment du rapport, un administrateur public est en place pour l'ASSSS de Hay River. Il y a une exception, soit l'ASCT, où les gouvernements communautaires de Tlicho sont chargés de nommer un membre au conseil et où le ministre de l'Exécutif et des Affaires autochtones nomme un président. Les membres sont nommés pour un maximum de quatre ans, et le mandat du président est déterminé par le ministre de l'Exécutif et des Affaires autochtones. Le directeur de l'assurance-maladie et les conseils d'administration relèvent du ministre, conformément à l'alinéa 8(1)b) de la *Loi canadienne sur la santé*.

1.3 VÉRIFICATION DES COMPTES

Dans le cadre de la vérification annuelle du gouvernement des T.N.-O., le Bureau du vérificateur général du Canada vérifie les paiements effectués au titre du Régime d'assurance-hospitalisation et du Régime d'assurance-maladie.

2.0 INTÉGRALITÉ

2.1 SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS

Les services hospitaliers assurés des T.N.-O. sont fournis en vertu de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des services de santé et des services sociaux* (LAHASSSS). Les modifications à la LAHASSSS sont entrées en vigueur le 1^{er} août 2016.

Durant la période couverte par le rapport, les services hospitaliers assurés étaient fournis aux patients hospitalisés et externes par 23 centres de santé dans l'ensemble des T.N.-O. Conformément à l'article 9 de la *Loi canadienne sur la santé*, les T.N.-O. offrent une liste complète de services assurés à ses habitants.

Les services suivants sont offerts aux patients hospitalisés :

- › l'hébergement et les repas en salle commune;
- › les services infirmiers nécessaires;
- › les actes de laboratoire, de radiologie et autres actes diagnostiques (ainsi que les interprétations nécessaires);
- › les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes administrés dans un hôpital;
- › les fournitures chirurgicales et l'usage des salles d'opération;
- › les salles d'accouchement et les installations d'anesthésie;
- › les services de radiologie et de réadaptation (physiothérapie, thérapie par le son, ergothérapie et orthophonie);
- › les services de psychiatrie et de psychologie fournis dans le cadre d'un programme agréé;
- › les services fournis par un centre de désintoxication approuvé.

Les services hospitaliers suivants sont offerts aux patients externes :

- › les analyses de laboratoire;
- › l'imagerie diagnostique (y compris les interprétations quand cela est nécessaire);
- › les services de physiothérapie, d'orthophonie et d'ergothérapie;
- › les interventions médicales et chirurgicales mineures et les fournitures connexes;
- › les services de psychiatrie et de psychologie fournis dans le cadre d'un programme hospitalier approuvé.

Le ministre peut approuver l'ajout ou le retrait de services assurés offerts dans les T.N-O.

Comme le décrit la politique de déplacement à des fins médicales du gouvernement des T.N-O., une aide au déplacement est offerte aux habitants détenant une carte santé valide des T.N-O. qui ont besoin de services assurés médicalement nécessaires qui ne sont pas offerts dans leur communauté ou ailleurs dans les T.N-O. Cette politique garantit aux habitants des T.N-O. un accès raisonnable aux services hospitaliers et médicaux assurés.

2.2 SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS

La *Loi sur l'assurance-maladie* et le *Règlement sur l'assurance-maladie* des T.N.-O. prévoient la prestation de services médicaux assurés. Les services médicalement nécessaires fournis par des médecins, du personnel infirmier, du personnel infirmier praticien et des sages-femmes dans des établissements approuvés sont des services assurés dans le cadre du Régime d'assurance-santé. Ces professionnels doivent avoir l'autorisation de pratiquer dans les T.N.-O. en vertu de la *Loi sur les médecins*, de la *Loi sur la profession infirmière* (infirmières et infirmières praticiennes) ou de la *Loi sur la profession de sage-femme* (sages-femmes autorisées).

Pour la période de 2016–2017, il y avait 348 médecins autorisés (médecins résidents, médecins suppléants et médecins itinérants) actifs dans les T.NO.

Un médecin peut se retirer du Régime d'assurance-maladie et se faire payer autrement à condition d'en aviser par écrit le directeur de l'assurance-maladie. Aucun médecin n'a fait ce choix dans les T.N.-O. au cours de la période visée par le rapport.

Le Régime d'assurance-maladie assure tous les services médicalement nécessaires, c'est-à-dire :

- › les services diagnostiques et de traitement de maladies et de blessures;
- › les services chirurgicaux, y compris les services d'anesthésie;
- › les soins obstétricaux; y compris les soins prénataux et postnataux;
- › les examens de la vue, les traitements et les chirurgies effectués par un ophtalmologiste.

Le directeur de l'assurance-maladie recommande au ministre les tarifs des services assurés pour les services payés par le Régime d'assurance-maladie des T.N.-O. Il incombe au ministre d'approuver ces tarifs et de modifier, d'ajouter ou de retirer des services médicaux assurés en :

- › établissant un Régime d'assurance-maladie qui offre des services assurés aux personnes assurées par des médecins, qui en tous points seront admissibles et permettront aux T.N.-O. de recevoir des paiements de transfert du gouvernement du Canada en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*;
- › approuvant les honoraires et les frais détaillés dans le tarif qui peuvent être payés pour les services assurés fournis par des médecins des T.N.-O., ainsi que les conditions de paiement des honoraires et des frais.

2.3 SERVICES DE CHIRURGIE DENTAIRE ASSURÉS

Les chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux autorisés peuvent présenter des demandes de paiement pour des services de chirurgie dentaire assurés exécutés dans les T.N.-O. Les T.N.-O. utilisent comme guide le barème de l'Alberta pour les services de chirurgie buccale et maxillo-faciale.

Les dentistes ne peuvent participer au Régime d'assurance-maladie des T.N.-O.

2.4 SERVICES HOSPITALIERS, MÉDICAUX ET DE CHIRURGIE DENTAIRE NON ASSURÉS

Le Régime d'assurance-santé des T.N.-O. ne couvre pas tous les services fournis par les hôpitaux, les médecins et les dentistes. En voici des exemples :

- › la fécondation in vitro;
- › les examens effectués par des tiers;
- › les services dentaires autres que les services de chirurgie;
- › les services médicolégaux;
- › les consultations téléphoniques ou les ordonnances fournies par téléphone;
- › les services fournis par un médecin aux membres de sa famille;

les services fournis par des personnes qui ne sont pas médecins, comme des ostéopathes, des naturopathes ou des chiropraticiens. Les services de physiothérapie, de psychiatrie et de psychologie fournis ailleurs que dans un lieu approuvé ne sont pas couverts.

Les habitants des T.N.-O. doivent obtenir une approbation préalable pour recevoir des articles ou des services qui généralement ne sont pas assurés par le Régime d'assurance-santé. Un conseiller médical fait des recommandations au directeur de l'assurance-maladie concernant la pertinence de la demande.

Plusieurs politiques de la Commission de la sécurité au travail et de l'indemnisation des travailleurs s'appliquent à l'interprétation des lois sur l'indemnisation des travailleurs. Ces politiques se trouvent sur le site Web à l'adresse suivante : www.wscc.nt.ca/fr.

Le ministre peut modifier la liste des services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés.

3.0 UNIVERSALITÉ

3.1 ADMISSIBILITÉ

La *Loi sur l'assurance-maladie* et la LAHASSSS définissent l'admissibilité au Régime d'assurance-santé des T.N.-O. Les T.N.-O. utilisent des lignes directrices, conformément à la législation et à l'Accord interprovincial sur l'admissibilité et la transférabilité, pour déterminer l'admissibilité et respecter leurs obligations de l'article 10 de la *Loi canadienne sur la Santé*.

Le premier jour du troisième mois suivant l'obtention de son statut de résident, chaque habitant est admissible et a droit au paiement de prestations à l'égard des services assurés qui lui ont été rendus conformément à la *Loi sur l'assurance-maladie* et son Règlement.

La *Loi sur l'assurance-maladie* des T.N.-O. définit un « résident » ainsi : À l'exclusion des touristes, des personnes de passage dans les territoires et des visiteurs des territoires, toute personne que la loi autorise à être ou à rester au Canada, qui demeure et est ordinairement présente dans les territoires.

Pour s'inscrire au Régime d'assurance-santé des T.N.-O., les habitants doivent remplir un formulaire de demande et fournir les documents justificatifs pertinents (p. ex. visa, documents d'immigration et preuve de résidence). Les habitants peuvent s'inscrire avant la date à laquelle ils deviennent admissibles. L'inscription est directement liée à l'admissibilité, et seules les demandes de remboursement des clients inscrits sont acceptées.

La couverture commence lorsqu'une demande signée a été approuvée.

Les habitants peuvent se retirer du Régime d'assurance-santé s'ils décident de ne pas s'y inscrire. Rien dans la *Loi sur l'assurance-maladie* n'oblige un habitant à s'inscrire au Régime d'assurance-santé des T.N.-O.

Le Régime d'assurance-santé des T.N.-O. exclut les membres des Forces canadiennes, les détenus des pénitenciers fédéraux et les résidents dont la période d'attente minimum n'est pas écoulée. Pour les personnes qui reviennent au Canada, la couverture prend effet le jour où la résidence permanente est établie.

Si une demande de carte d'assurance-maladie des T.N.-O. est refusée, la couverture est refusée pour une intervention. Si une personne interjette appel de la décision d'annuler sa carte d'assurance-maladie des T.N.-O., elle peut le faire auprès du directeur de l'assurance-maladie. Les appels de deuxième et de dernière instance peuvent être adressés au sous-ministre de la Santé et des Services sociaux.

En date du 31 mars 2017, il y avait 42 780 personnes inscrites au Régime d'assurance-santé des T.N.-O.

3.2 AUTRES CATÉGORIES DE PERSONNES

Les titulaires d'un visa d'emploi, d'un visa d'étudiant et, dans certains cas, d'un visa de visiteur sont couverts s'ils satisfont aux dispositions de l'Accord sur l'admissibilité et la transférabilité et aux directives concernant la couverture par le Régime d'assurance-santé.

Les nouveau-nés dont les parents sont des habitants des T.N.-O. qui se trouvent à l'étranger sont automatiquement couverts dès le jour de leur naissance si :

- › au moins un des parents est citoyen canadien;
- › les parents ont :
 - › obtenu une couverture pour une absence temporaire aux termes de l'assurance-maladie des T.N.-O.;
 - › une date prévue de leur retour aux T.N.-O.

Les étudiants et les travailleurs étrangers sont admissibles à la couverture uniquement s'ils détiennent un permis d'étude ou de travail valide pour douze mois ou plus. Les titulaires d'un permis de moins de douze mois ne sont pas admissibles.

Les résidents permanents (immigrants reçus) et les résidents permanents de retour au pays sont couverts le premier jour de leur arrivée dans les T.N.-O., à condition que les T.N.-O. soient leur première résidence au Canada et qu'ils aient l'intention de résider dans les T.N.-O.

Les réfugiés au sens de la Convention des Nations Unies sur les réfugiés sont couverts à condition qu'ils fournissent les documents appropriés.

Les personnes suivantes ne sont pas admissibles à une carte santé des T.N.-O., car elles ne sont pas reconnues comme étant des habitants :

- › les touristes;
- › les visiteurs;
- › les personnes de passage;
- › les personnes en détention provisoire venant d'une autre province ou d'un autre territoire;
- › les étudiants canadiens, qui ne sont pas des résidents des T.N.-O., qui fréquentent un établissement scolaire dans les T.N.-O. (sauf si l'étudiant a l'intention de s'établir de façon permanente dans les T.N.-O.). Les étudiants qui vivent dans une résidence d'étudiants ou sur le campus ne sont pas considérés comme des résidents permanents;
- › les personnes qui travaillent dans les T.N.-O., mais qui n'ont pas l'intention d'y établir leur résidence permanente (plus de douze mois) (art. 7, Accord interprovincial sur l'admissibilité et la transférabilité de l'assurance-hospitalisation et l'assurance médicale);

- les titulaires de permis de séjour temporaire. (Les permis de séjour temporaire [PST] sont délivrés par le ministre fédéral de l'Immigration aux personnes qui, pour quelque raison que ce soit, ne satisfont pas aux exigences d'immigration, mais sont admises au Canada pour des raisons humanitaires ou de compassion. La durée du PST varie, mais un PST peut être valide jusqu'à trois ans.);
- les personnes qui n'ont pas de documents valides d'Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada.

4.0 TRANSFÉRABILITÉ

4.1 PÉRIODE D'ATTENTE MINIMALE

Les assurés qui déménagent dans les Territoires du Nord-Ouest (T.N.-O.) sont assujettis à des périodes d'attente, conformément à l'Accord interprovincial sur l'admissibilité et la transférabilité. La période d'attente se termine le premier jour du troisième mois de résidence pour les personnes qui s'installent en permanence dans les T.N.-O.

4.2 COUVERTURE DURANT DES ABSENCES TEMPORAIRES AU CANADA

Le paragraphe 4(2) de la *Loi sur l'assurance-maladie* prévoit que les habitants des T.N.-O. peuvent être couverts pendant une absence temporaire s'ils restent au Canada, conformément au sous-alinéa 11(1)b) (i) de la *Loi canadienne sur la santé*. Le Ministère respecte l'Accord sur l'admissibilité et la transférabilité comme il est décrit dans le guide d'inscription au Régime d'assurance-santé des T.N.-O.

Lorsqu'un habitant des T.N.-O. a rempli un formulaire d'absence temporaire et que le Ministère a approuvé sa demande, il demeure assuré pendant une période allant jusqu'à un an d'une absence temporaire en raison du travail, d'un voyage ou de vacances. Les étudiants qui fréquentent un établissement d'enseignement postsecondaire à temps plein sont également assurés. Les frais des services assurés reçus dans une autre province ou un autre territoire sont entièrement payés.

Sur présentation d'une carte santé des T.N.-O. valide, la plupart des visites chez le médecin et des soins hospitaliers sont facturées directement au Ministère. Durant la période couverte par le rapport, environ 27,5 millions de dollars ont été payés pour des services hospitaliers reçus par des patients hospitalisés et des patients externes dans d'autres provinces ou territoires. Des directives générales sur le remboursement ont été établies pour les patients tenus de payer immédiatement des services médicalement nécessaires.

Les T.N.-O. participent à l'Entente de facturation réciproque des services hospitaliers et à l'Entente de facturation réciproque des services médicaux conclues avec les autres provinces et territoires (à l'exception du Québec).

4.3 COUVERTURE DURANT DES ABSENCES TEMPORAIRES À L'EXTÉRIEUR DU CANADA

En vertu du paragraphe 4(3) de la *Loi sur l'assurance-maladie* et du sous-alinéa 11(1)b)(ii) de la *Loi canadienne sur la santé*, les T.N.-O. fournissent des remboursements aux habitants de T.N.-O. qui ont recours à des services médicalement nécessaires pendant qu'ils sont temporairement à l'extérieur du pays. Les personnes doivent payer les services et demander un remboursement aux T.N.-O. à leur retour.

Le montant du remboursement pour un service reçu à l'extérieur du Canada, y compris les services d'hospitalisation, les services de consultation externes et les hémodialyses, ne dépassera pas les montants payables dans les T.N.-O. pour ce service. L'habitant qui est temporairement à l'extérieur du pays peut être assuré pendant une période allant jusqu'à un an. Il doit toutefois obtenir une approbation préalable et fournir la documentation prouvant qu'à son retour les T.N.-O. seront son lieu de résidence permanente.

4.4 NÉCESSITÉ D'UNE APPROBATION PRÉALABLE

Les T.N.-O. exigent une approbation préalable pour la couverture de services facultatifs reçus dans d'autres provinces ou à l'extérieur du pays. Il est également nécessaire d'obtenir une approbation préalable à l'égard de services assurés fournis par un établissement privé.

Les appels de décisions de première instance peuvent être interjetés auprès du directeur de l'assurance-maladie. Les appels de deuxième instance sont examinés par le sous-ministre de la Santé et des Services sociaux. La décision du sous-ministre est définitive.

5.0 ACCESSIBILITÉ

5.1 ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ ASSURÉS

La politique de déplacement à des fins médicales du gouvernement des Territoires du Nord-Ouest (T.N.-O.) permet aux habitants des T.N.-O. d'avoir accès à des services médicalement nécessaires assurés qui ne sont pas offerts dans leur communauté d'accueil ou même dans les T.N.-O., conformément à l'alinéa 12(1)a) de la *Loi canadienne sur la santé*.

Un système d'imagerie diagnostique et d'archivage et de transmission d'images (DI/PACS) est accessible partout où des services d'imagerie numérique sont offerts. Le DI/PACS est passé des rayons X à la pellicule au format numérique. Ainsi, des radiologistes à Yellowknife et dans le sud peuvent examiner des résultats en aussi peu que 35 minutes. Au final, les habitants des T.N.-O. peuvent ainsi avoir accès à des spécialistes dans le sud du Canada sans devoir s'éloigner longtemps de leur domicile et de leur famille.

L'article 18 de la *Loi canadienne sur la santé* et le paragraphe 14(1) de la *Loi sur l'assurance-maladie* des T.N.-O. interdit la surfacturation dans les T.N.-O., à moins que le médecin n'ait choisi de se faire payer pour les services médicaux fournis à des assurés autrement que dans le cadre du Régime d'assurance-maladie. C'est la seule exception. Cela ne s'est pas produit durant la période couverte par le rapport.

Le paragraphe 14(2) de la *Loi sur l'assurance-maladie* des T.N.-O. interdit aussi les frais modérateurs dans les T.N.-O., à moins que le médecin n'ait choisi de se faire payer pour les services médicaux fournis à des assurés autrement que dans le cadre du Régime d'assurance-maladie et ait donné un préavis raisonnable de percevoir des honoraires.

La *Loi sur l'assurance-maladie* comprend une disposition qui permet au ministre de créer un Comité d'appel des prestations qui peut étudier toute question que lui renvoie le ministre, y compris les plaintes lorsqu'un médecin fait de la surfacturation et perçoit des frais modérateurs. À l'heure actuelle, il n'est pas nécessaire de créer ce comité, car presque tous les médecins sont rémunérés en vertu d'accords contractuels avec le gouvernement des T.N.-O.

5.2 RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS

Le Ministère, en étroite collaboration avec l'Association des médecins des T.N.-O., négocie la rémunération des médecins. En général, les médecins de famille et les spécialistes sont rémunérés au moyen d'un accord contractuel avec le gouvernement des T.N.-O., tandis que les autres praticiens sont rémunérés à l'acte. Les tarifs de la rémunération à l'acte dans les T.N.-O. sont énumérés dans le barème des services assurés approuvé par le ministre en vertu de la *Loi sur l'assurance-maladie* des T.N.-O.

En vertu de la *Loi sur l'assurance-maladie*, le ministre peut nommer des inspecteurs médicaux et financiers qui, sous la direction du directeur, examinent et vérifient les livres, les comptes, les rapports et les dossiers médicaux tenus dans les hôpitaux, les établissements de santé et les cabinets de médecins en ce qui concerne les patients qui reçoivent ou qui ont reçu des services assurés. Le directeur peut réviser un compte de services assurés qu'un médecin a présenté et faire les rajustements appropriés en ce qui concerne le montant versé au médecin à l'égard des services assurés.

Bien que les médecins puissent facturer des frais pour des services non assurés conformément à la politique sur les frais de service, il n'est pas possible de facturer des honoraires forfaitaires.

5.3 PAIEMENTS AUX HÔPITAUX

Les accords de contribution entre le Ministère et les conseils d'administration de chaque ASSSS dictent les paiements versés aux hôpitaux. Les ressources disponibles dans le budget global du gouvernement et le niveau de service fourni par l'hôpital déterminent les sommes allouées.

Les paiements versés aux ASSSS qui fournissent des services hospitaliers assurés sont régis par la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des services de santé et des services sociaux* et la *Loi sur la gestion des finances publiques*. Un budget global sert à financer les hôpitaux des T.N.-O.

6.0 RECONNAISSANCE ACCORDÉE AUX TRANSFERTS FÉDÉRAUX

Le gouvernement des Territoires du Nord-Ouest (T.N.-O.) a fait état du financement versé par le gouvernement fédéral au moyen du Transfert en matière de santé du Canada dans les documents suivants : Les *comptes publics* du gouvernement des T.N.-O., pour l'exercice s'étant terminé le 31 mars 2016 (publié le 10 février 2017); le *plan d'activités annuel* du gouvernement des T.N.-O. (publié le 1^{er} février 2017); le *budget principal des dépenses 2016–2017* du gouvernement des T.N.-O. (publié le 1^{er} février 2017); les états financiers intérimaires du gouvernement des T.N.-O., pour l'exercice s'étant terminé le 31 mars 2016 (publié le 3 novembre 2016) et dans un communiqué de presse conjoint des gouvernements des T.N.-O., du Yukon et du Nunavut (17 janvier 2017).

Les comptes publics contiennent les états financiers consolidés du gouvernement des T.N.-O., vérifiés par le Vérificateur général du Canada, et sont présentés annuellement à l'Assemblée législative; le budget principal des dépenses et le plan d'activités sont présentés annuellement à l'Assemblée législative, et les états financiers intermédiaires sont présentés à l'Assemblée législative de façon ponctuelle (p. ex. transition postélectorale d'une assemblée à l'autre).

PERSONNES INSCRITES

Année	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017
1. Nombre en date du 31 mars (#)	42 786	41 158	43 436	43 430	42 780

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE

ÉTABLISSEMENTS PUBLICS

Année	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017
2. Nombre (#)	23	23	23	23	23
3. Paiements pour des services de santé assurés (\$) ¹	62 112 381	62 499 951	69 659 642	69 871 142	69 900 840

ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS À BUT LUCRATIF

Année	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017
4. Nombre d'établissements privés à but lucratif offrant des services de santé assurés (#)	0	0	0	0	0
5. Paiements aux établissements privés à but lucratif pour des services de santé assurés (\$)	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS AUX RÉSIDENTS DANS UNE AUTRE PROVINCE OU UN AUTRE TERRITOIRE

Année	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017
6. Nombre total de demandes patients hospitalisés (#)	1 196	1 068	1 200	1 315	1 263
7. Total des paiements patients hospitalisés (\$)	17 527 557	15 685 347	19 034 152	21 897 488	21 904 295
8. Nombre total de demandes patients externes (#)	11 739	11 220	12 108	12 639	13 338
9. Total des paiements patients externes (\$)	4 045 585	4 234 805	4 593 956	4 803 719	5 632 089

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA

Année	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017
10. Nombre total de demandes patients hospitalisés (#)	18	17	5	14	8
11. Total des paiements patients hospitalisés (\$)	130 376	231 302	14 800	216 539	92 056
12. Nombre total de demandes patients externes (#)	66	59	32	45	38
13. Total des paiements patients externes (\$)	37 765	67 690	37 896	39 388	42 207

Toutes les données sont sujettes à des révisions ultérieures.

¹ Les paiements pour les services de santé assurés sont estimés et ne comprennent que ces services offerts dans les établissements de soins actifs (p. ex., les hôpitaux qui offrent des services aux patients hospitalisés et aux patients externes).

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE

Année	2012–2013	2013–2014	2014–2015	2015–2016	2016–2017
14. Nombre de médecins participants (#) ²	298	298	330	326	348
15. Nombre de médecins ayant opté pour le retrait du régime d'assurance-santé (#)	0	0	0	0	0
16. Nombre de médecins non participants (#)	0	0	0	0	0
17. Total des paiements des services médicaux rémunérés pour l'ensemble des méthodes de paiement (\$) ³	48 282 889	50 887 853	53 392 587	53 732 241	55 480 195
18. Total des paiements des services médicaux rémunérés à l'acte (\$)	1 460 809	1 207 775	1 545 414	1 635 526	1 256 852

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS AUX RÉSIDENTS DANS UNE AUTRE PROVINCE OU UN AUTRE TERRITOIRE

Année	2012–2013	2013–2014	2014–2015	2015–2016	2016–2017
19. Nombre de services (#)	49 136	48 118	48 994	54 329	61 825
20. Total des paiements (\$)	5 337 927	5 187 881	5 578 215	6 431 903	6 916 939

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA

Année	2012–2013	2013–2014	2014–2015	2015–2016	2016–2017
21. Nombre de services (#)	116	111	73	195	93
22. Total des paiements (\$)	18 766	11 348	5 208	171 104	6 900

SERVICES DE CHIRURGIE DENTAIRE ASSURÉS FOURNIS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE

Année	2012–2013	2013–2014	2014–2015	2015–2016	2016–2017
23. Nombre de dentistes participants (#)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
24. Nombre de dentistes ayant opté pour le retrait du régime d'assurance-santé (#) ^a	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
25. Nombre de dentistes non participants (#) ^a	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
26. Nombre de services fournis (#)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
27. Total des paiements (\$)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible

^a Santé Canada a demandé cette donnée à partir du rapport de 2016–2017, mais n'a pas demandé aux provinces ni aux territoires de la rapporter pour les années précédentes.

² Estimation fondée sur le nombre total de médecins actifs pour chaque exercice.

³ Les paiements sont fondés sur une estimation des dépenses pour les services médicaux pratiqués sur les habitants des T.N.-O. (y compris la rémunération des médecins et les coûts cliniques).

NUVANUT

Le ministère de la Santé fait face à plusieurs défis particuliers pour assurer la santé et le mieux-être des Nunavummiuts. Sur une population totale de 37 082 personnes¹, environ le tiers a moins de 15 ans (11 368 personnes). Toutefois, le groupe d'âge des 55 à 59 ans a connu la plus forte croissance annuelle, soit 10,1 % de juillet 2015 à juillet 2016². Le territoire est constitué de 25 communautés situées dans trois fuseaux horaires et divisées en trois régions : Qikiqtaaluk, Kivalliq et Kitikmeot.

Le gouvernement du Nunavut intègre les valeurs sociales des Inuits à l'élaboration des programmes et des politiques ainsi qu'à la conception et à la prestation des services. La prestation des services de santé au Nunavut repose sur un modèle de soins de santé primaires. Au Nunavut, les fournisseurs de soins de santé primaires sont des médecins de famille, du personnel infirmier praticien, des sages-femmes, du personnel infirmier en santé communautaire et d'autres professionnels de la santé connexes.

En 2016–2017, le budget territorial de fonctionnement et d'entretien du ministère de la Santé s'élevait à 371 155 000 \$, incluant les crédits supplémentaires³. Le tiers du budget de fonctionnement total du Ministère a été affecté aux coûts de déplacement à des fins médicales et aux traitements fournis dans des établissements hors du territoire. Le Nunavut est un vaste territoire ayant une faible densité démographique et une infrastructure restreinte en santé, par conséquent, les habitants doivent souvent quitter le Nunavut pour recevoir divers services hospitaliers et services spécialisés.

En 2016–2017, un montant supplémentaire de 16 500 000 \$ a été alloué au Ministère pour des projets d'immobilisations⁴. Voici quelques-uns des projets d'immobilisations du Ministère pour 2016–2017 : travaux continus pour le remplacement du *Arctic Bay Health Centre* et travaux préliminaires pour le remplacement du centre de santé Sanikiluaq⁵.

1.0 GESTION PUBLIQUE

1.1 RÉGIME D'ASSURANCE-SANTÉ ET AUTORITÉ PUBLIQUE

Le ministère de la Santé gère les régimes d'assurance-santé du Nunavut à titre non lucratif, y compris les services médicaux et les services hospitaliers.

¹ Bureau de la statistique du Nunavut, *Estimation du 1^{er} juillet 2016*, www.stats.gov.nu.ca/Publications/Popest/Population/Population%20Estimates%20Report,%20July%201,%202016.pdf. Les estimations de la population s'appuient sur le recensement de 2011 ajustées en fonction du sous-dénombrement net du recensement. Les totaux du Nunavut comprennent les régions non organisées et les camps éloignés.

² Bureau de la statistique du Nunavut, *Estimation du 1^{er} juillet 2016*, www.stats.gov.nu.ca/Publications/Popest/Population/Population%20Estimates%20Report,%20July%201,%202016.pdf. Les estimations de la population s'appuient sur le recensement de 2011 ajustées en fonction du sous-dénombrement net du recensement. Les totaux du Nunavut comprennent les régions non organisées et les camps éloignés.

³ Ministère de la Santé, Division des finances, Rapport de solde disponible

⁴ Budget d'immobilisations, 2016–2017, gouvernement du Nunavut

⁵ Rapport de décision 2016–2017 n° FB-16-15-8(a) du Conseil de gestion financière

La *Loi sur l'assurance-maladie* (Territoires du Nord-Ouest [T.N.-O.], 1988, reproduite pour le Nunavut à l'article 29 de la *Loi sur le Nunavut*, 1999) régit l'admissibilité aux services médicaux assurés et leur paiement. La *Loi sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des services de santé et des services sociaux* (T.N.-O., 1988, reproduite pour le Nunavut à l'article 29 de la *Loi sur le Nunavut*, 1999) permet l'établissement de services hospitaliers et d'autres services de santé.

Le Ministère est responsable de la prestation des services de soins de santé aux Nunavummiuts, y compris de l'exploitation des centres de santé communautaires, des centres de santé régionaux et d'un hôpital. Il existe trois bureaux régionaux qui exécutent la prestation des services de santé à l'échelle régionale. Les activités d'Iqaluit sont gérées séparément. Le gouvernement du Nunavut a choisi une décentralisation des bureaux régionaux afin d'appuyer les travailleurs de première ligne et la prestation d'une vaste gamme de programmes et de services communautaires de santé.

1.2 LIENS HIÉRARCHIQUES

Les lois du Nunavut régissant la gestion des services de santé ont été transférées des Territoires du Nord-Ouest, en vertu de la *Loi sur le Nunavut*. La *Loi sur l'assurance-maladie* définit qui est admissible au Régime d'assurance-santé du Nunavut ainsi que le paiement des prestations pour les services médicaux assurés. En vertu du paragraphe 23(1) de la *Loi sur l'assurance-maladie*, le ministre responsable de la Loi doit nommer un directeur de l'assurance-santé.

Le directeur est responsable de l'application de la Loi et de son Règlement. En vertu de l'article 24, le directeur doit présenter un rapport annuel sur les activités du Régime d'assurance-santé du Nunavut au ministre, qui le dépose à l'Assemblée législative. Le 4 novembre 2016, le directeur de l'assurance-santé a déposé à l'Assemblée législative le rapport annuel de 2015–2016.

1.3 VÉRIFICATION DES COMPTES

Le vérificateur général du Canada agit à titre de vérificateur du gouvernement du Nunavut, conformément à l'article 30.1 de la *Loi sur la gestion des finances publiques* (Nunavut, 1999). Il doit vérifier annuellement les transactions et les états financiers consolidés du gouvernement du Nunavut. Le plus récent rapport de vérification a été publié le 7 novembre 2016.

2.0 INTÉGRALITÉ

2.1 SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS

Au Nunavut, les services hospitaliers assurés sont fournis en vertu des articles 2 à 4 de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des services de santé et des services sociaux* et de son Règlement. Aucune modification n'a été apportée à la Loi ou à son Règlement en 2016–2017.

En 2016–2017, des services hospitaliers assurés ont été fournis dans 28 établissements situés sur l'ensemble du territoire, soit un hôpital général (Iqaluit), deux établissements de santé régionaux (Rankin Inlet et Cambridge Bay), 22 centres de santé communautaire, deux établissements de santé publique (Iqaluit et Rankin Inlet) et une clinique de médecine familiale (Iqaluit). Des services de réadaptation sont offerts au Centre Timimut Ikajuksivik d'Iqaluit ou par des services contractuels dans d'autres régions.

L'Hôpital général Qikiqtani est actuellement le seul établissement de soins de courte durée au Nunavut qui offre une gamme de services hospitaliers aux patients hospitalisés et aux patients externes au sens de la *Loi canadienne sur la santé*. Il offre en tout temps des services d'urgence, des soins aux patients hospitalisés (y compris des soins obstétricaux, pédiatriques et palliatifs), des services chirurgicaux, de laboratoire, d'imagerie diagnostique et d'inhalothérapie, et il produit des dossiers médicaux et de l'information sur la santé.

Présentement, l'établissement situé à Rankin Inlet offre en tout temps des soins aux patients hospitalisés. Les soins aux patients externes sont fournis par des employés sur appel. L'établissement de Cambridge Bay offre un service de clinique quelques heures par jour et des soins d'urgence sur appel 24 heures par jour. De plus, le nombre de lits de maternité dans les deux établissements est limité. D'autres centres de santé communautaires fournissent des services de santé publique, des services de consultation externe et des services de traitement d'urgence.

Des services de santé publique sont fournis dans les cliniques de santé publique qui sont situées à Rankin Inlet et à Iqaluit. Des programmes de santé publique sont fournis dans les autres communautés par l'entremise du centre de santé local. Le Ministère exploite également une clinique de médecine familiale qui est dirigée par du personnel infirmier praticien, à Iqaluit.

La clinique a la capacité de consulter des médecins et des spécialistes au besoin. Elle a été établie en 2006 avec l'appui du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires, et a contribué à alléger les pressions subies par les services d'urgence et de consultation externe de l'Hôpital général Qikiqtani pendant les heures ouvrables. La clinique offre de façon régulière des rendez-vous et des initiatives de soins primaires, comme une clinique du diabète et un programme sur la santé sexuelle.

Le Ministère est responsable de l'autorisation, de l'inspection et de la supervision de tous les établissements de santé du territoire, ainsi que de la délivrance de permis.

Les services assurés fournis aux patients hospitalisés sont les suivants : l'hébergement et les repas en salle commune; les services infirmiers nécessaires; les actes de laboratoire, de radiologie et autres actes diagnostiques, ainsi que les interprétations nécessaires; les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes prescrits par un médecin et administrés à l'hôpital; les fournitures chirurgicales courantes; l'usage des salles d'opération, des salles d'accouchement et des installations d'anesthésie; l'usage des services de radiothérapie et de physiothérapie, là où ils sont disponibles; les services de psychiatrie fournis dans le cadre d'un programme agréé; et les services fournis par des personnes rémunérées à cet effet par l'hôpital.

Les services aux patients externes sont les suivants : les analyses de laboratoire et les radiographies, ainsi que les interprétations nécessaires, demandées par un médecin et réalisées dans un établissement de consultation externe ou un hôpital agréé; les services hospitaliers en rapport avec la plupart des interventions médicales et chirurgicales mineures; les services de physiothérapie, d'ergothérapie et d'orthophonie ainsi que certains services d'audiologie fournis dans un établissement de consultation externe ou dans un hôpital agréé; et les services de psychiatrie fournis dans le cadre d'un programme hospitalier agréé.

Le Ministère peut décider d'ajouter des services hospitaliers assurés, en fonction de la disponibilité des ressources et du matériel ainsi que de la faisabilité générale du projet, conformément à ses lignes directrices et avec l'aval du Conseil de gestion financière du Nunavut. Aucun nouveau service n'a été ajouté à la liste des services hospitaliers assurés en 2016–2017.

2.2 SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS

Le paragraphe 3(1) de la *Loi sur l'assurance-maladie* et l'article 3 du *Règlement sur les soins médicaux* prévoient la prestation de services médicaux assurés au Nunavut. Aucune modification n'a été apportée à la Loi ou au Règlement en 2016–2017. La *Loi sur les infirmières et infirmiers* autorise la délivrance de permis d'exercice aux infirmières et infirmiers praticiens du Nunavut, leur permettant ainsi de fournir des services assurés dans le territoire.

Au moment de leur inscription initiale, les médecins doivent être membres en règle d'un collège des médecins et chirurgiens d'une province ou d'un territoire du Canada et détenir un permis d'exercice au Nunavut. Le comité d'inscription des médecins du gouvernement du Nunavut gère actuellement ce processus pour les médecins du territoire. Le Nunavut recrute ses propres médecins de famille et établit des contrats avec eux et, la plupart du temps, recourt aux centres spécialisés d'Ottawa, d'Edmonton, de Winnipeg et de Yellowknife pour les services de spécialistes. Le recrutement de médecins de famille à temps plein s'est considérablement amélioré et le Ministère finance 26 postes de médecins de famille, qui sont assurés par une combinaison de médecins suppléants et de médecins à temps plein, ce qui correspond à plus de 7 501 jours de services annuellement dans l'ensemble du territoire.

Parmi les 26 postes de médecins à temps plein au Nunavut, 16 se trouvent dans la région de Qikiqtaaluk, 7,5 dans la région de Kivalliq et 2,5 dans la région de Kitikmeot. Il y a aussi 1,5 poste de chirurgien généraliste, un poste d'anesthésiste et 2,5 postes de pédiatres à l'Hôpital général Qikiqtani. Des spécialistes itinérants, des omnipraticiens et des médecins suppléants fournissent également des services médicaux assurés dans le cadre d'ententes conclues avec chacune des trois régions du Ministère.

Le médecin peut choisir de recevoir des honoraires en dehors du Régime d'assurancesanté, conformément aux alinéas 12(2)a) ou 12(2)b) de la *Loi sur l'assurance-maladie*, en remettant un avis écrit à cet effet au directeur. Ce choix peut être révoqué, et la révocation entre en vigueur le premier jour du mois suivant la date à laquelle une lettre à cet effet a été remise au directeur. En 2016–2017, aucun médecin n'a remis d'avis écrit indiquant qu'il avait fait le choix susmentionné. Tous les médecins qui exercent au Nunavut ont signé un contrat avec le Ministère. En 2016–2017, 155 médecins ont fourni des services au Nunavut.

Le terme « services médicaux assurés » désigne tous les services médicalement nécessaires fournis par des médecins. Lorsque des services assurés ne sont pas offerts dans certaines régions du Nunavut, les patients sont dirigés vers une autre province ou territoire pour les obtenir. Le Nunavut a conclu des ententes de services de santé avec des centres de services médicaux et de traitement à Ottawa, Winnipeg, Churchill, Yellowknife et Edmonton. C'est vers ces endroits à l'extérieur du territoire que le Nunavut oriente la plupart du temps ses patients qui ont besoin de services médicaux non disponibles dans le territoire.

L'ajout ou l'élimination de services médicaux assurés doivent être approuvés par le gouvernement. À cette fin, le directeur de l'assurance-santé participe à des négociations avec un groupe de médecins pour discuter du service visé. Par la suite, la décision du groupe est soumise à l'approbation du Cabinet. En 2016–2017, aucun service médical assuré n'a été ajouté ni éliminé.

2.3 SERVICES DE CHIRURGIE DENTAIRE ASSURÉS

Un dentiste qui fournit des services de chirurgie dentaire assurés aux termes du Régime d'assurance-santé du Nunavut doit détenir une licence d'exercice, conformément à la *Loi sur les professions dentaires* (T.N.-O., 1988, reproduite pour le Nunavut à l'article 29 de la *Loi sur le Nunavut*, 1999). Il reçoit un numéro de facturation qui lui permettra de facturer au Régime les services dentaires assurés qu'il a fournis.

Les services dentaires assurés se limitent aux interventions de chirurgie dentaire prévues dans le Règlement, qui nécessitent des ressources que seul un hôpital peut fournir (p. ex. la chirurgie orthognatique). Des chirurgiens buccaux viennent régulièrement au Nunavut; toutefois, dans de rares cas, lorsqu'il y a des complications médicales, le patient est transporté par avion à l'extérieur du territoire.

Le gouvernement doit approuver tout ajout de nouveaux services de chirurgie dentaire à la liste des services assurés. Aucun nouveau service n'a été ajouté à la liste en 2016–2017.

2.4 SERVICES HOSPITALIERS, MÉDICAUX ET DE CHIRURGIE DENTAIRE NON ASSURÉS

Les services fournis en vertu de la *Loi sur les accidents du travail* (T.N.-O., 1988, reproduite pour le Nunavut à l'article 29 de la *Loi sur le Nunavut*, 1999) ou d'autres lois du Canada, sauf la *Loi canadienne sur la santé*, sont exclus.

Les services médicaux non assurés comprennent les suivants : les examens physiques annuels; la chirurgie esthétique; les services réputés expérimentaux; les médicaments d'ordonnance; les examens physiques demandés par un tiers; les services d'optométrie; les services dentaires autres que certains actes liés à des maladies ou à des blessures de la mâchoire; les services de chiropraticiens, de naturopathes, de podiatres et d'ostéopathes, et les traitements d'acupuncture; les services de physiothérapie, d'orthophonie et de psychologie reçus dans un établissement autre qu'un établissement de consultation externe assuré (hôpital).

Les services hospitaliers non assurés sont les suivants : les frais hospitaliers excédant le tarif de l'hébergement en salle commune, pour une chambre privée ou semi-privée; les services qui ne sont pas médicalement nécessaires, comme la chirurgie esthétique; les services réputés expérimentaux; les frais d'ambulance (sauf pour le transport d'un hôpital à un autre); les services dentaires autres que certains actes liés à des maladies ou à des blessures de la mâchoire; et les services de réadaptation pour alcooliques et toxicomanes, sans approbation préalable.

En 2016–2017, à l'Hôpital général Qikiqtani, le tarif journalier de séjour pour les services fournis à des non-Canadiens était de 2 458 \$. À Rankin Inlet et à Cambridge Bay, le tarif d'hospitalisation était de 1 381 \$.

Dans le cas des habitants envoyés à l'extérieur du territoire pour recevoir des services, le Ministère suit les politiques et procédures de la province ou du territoire qui fournit les services lorsque ces services peuvent entraîner des frais supplémentaires, et ce, seulement dans la mesure où ces frais sont couverts par le Régime d'assurance-santé du Nunavut (voir 4.2, ci-dessous). Les demandes ou les plaintes sont traitées au cas par cas avec la province ou le territoire concerné.

Le Ministère gère également le Programme des services de santé non assurés (SSNA) au nom de Santé Canada pour les membres des Premières nations et des Inuits habitant au Nunavut. Le SSNA paie la quote-part pour les déplacements aux fins médicales, l'hébergement et les repas en pension (à Ottawa, Winnipeg, Churchill, Edmonton, Yellowknife et Iqaluit), les médicaments d'ordonnance, les traitements dentaires, les soins de la vue, les fournitures médicales et les prothèses, ainsi que pour un certain nombre d'autres services connexes.

3.0 UNIVERSALITÉ

3.1 ADMISSIBILITÉ

L'admissibilité au Régime d'assurance-santé du Nunavut est brièvement définie aux paragraphes 3(1), (2) et (3) de la *Loi sur l'assurance-maladie*. Le Ministère respecte l'Accord interprovincial sur l'admissibilité et la transférabilité et ses propres lignes directrices. Aucune modification n'a été apportée à la Loi ou au Règlement en 2016–2017.

Sous réserve des dispositions susmentionnées, tous les habitants du Nunavut sont admissibles aux services de santé assurés selon des modalités uniformes. Un habitant est une personne légalement autorisée à être ou à rester au Canada, domiciliée et habituellement présente au Nunavut, à l'exception des touristes et des personnes de passage ou en visite au Nunavut. Les personnes admissibles reçoivent une carte santé portant un numéro distinct.

Pour s'inscrire au Régime, il faut présenter un formulaire de demande rempli et y joindre les documents requis. Une carte santé est délivrée à chaque habitant. Afin de simplifier le traitement des documents, un processus de renouvellement progressif est utilisé. Aucune prime n'est exigible. Il faut être inscrit pour avoir droit à la couverture du Régime d'assurance-santé du Nunavut; toutefois, lorsqu'un habitant admissible n'est pas couvert par le Régime, tout est mis en œuvre pour l'y inscrire. Les non-résidents doivent présenter une carte santé valide de leur province ou de leur territoire.

La couverture commence généralement le premier jour du troisième mois suivant l'arrivée au Nunavut, mais elle peut être immédiate dans certaines circonstances (p. ex. un nouveau-né dont la mère ou le père est admissible à la couverture). Les résidents permanents (immigrants reçus), les Canadiens de retour au pays, les Canadiens rapatriés, les résidents permanents de retour au pays et les non-Canadiens titulaires d'un visa d'emploi valide pour douze mois ou plus sont aussi couverts immédiatement.

Les membres des Forces canadiennes ainsi que les détenus des pénitenciers fédéraux ne sont pas admissibles. Ils ont droit à la couverture du Régime d'assurance-santé du Nunavut le premier jour de leur cessation d'emploi ou de leur libération.

Conformément à l'article 7 de l'Accord interprovincial sur l'admissibilité et la transférabilité, les personnes d'une province ou d'un autre territoire qui demeurent temporairement au Nunavut sans y établir leur résidence demeurent inscrites au Régime d'assurance-santé de leur province ou de leur territoire d'origine pendant une période maximale d'un an.

Le 31 mars 2017, 38 662 personnes étaient inscrites au Régime d'assurance-santé du Nunavut, soit 898 de plus que l'année précédente. Aucune disposition officielle ne prévoit le retrait des habitants du Nunavut du Régime d'assurance-santé, et il n'y a pas de processus d'appel prévus par la loi ou de politique liée aux appels contre une décision sur la résidence ou la couverture.

3.2 AUTRES CATÉGORIES DE PERSONNES

Les non-Canadiens qui détiennent un visa d'emploi ou d'étudiant valide pour moins de 12 mois, les travailleurs de passage et les titulaires de permis ministériel (à l'exception de certains détenant un permis de séjour temporaire, pour qui la situation peut être revue au cas par cas) ne sont pas admissibles au Régime. Les situations particulières sont évaluées individuellement, conformément à l'article 15 des lignes directrices des Territoires du Nord-Ouest sur l'inscription au Régime d'assurance-santé, adopté par le Nunavut en 1999.

4.0 TRANSFÉRABILITÉ

4.1 PÉRIODE D'ATTENTE MINIMALE

Au terme de l'article 3 de l'Accord interprovincial sur l'admissibilité et la transférabilité, lors d'un déménagement au Canada, la période d'attente dure trois mois ou jusqu'au premier jour du troisième mois suivant l'établissement de la résidence dans une autre province ou un autre territoire; cette dernière période d'attente s'applique également lorsqu'une personne, durant une absence temporaire de sa province ou de son territoire, décide de s'établir en permanence au Nunavut.

4.2 COUVERTURE DURANT DES ABSENCES TEMPORAIRES AU CANADA

Le paragraphe 4(2) de la *Loi sur l'assurance-maladie* détermine les prestations payables à l'égard des services médicaux assurés fournis à l'extérieur du Nunavut, mais au Canada. Les alinéas 5d) et 28(1)j) et o) de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des services de santé et des services sociaux* autorisent le ministre à conclure avec les provinces et les autres territoires des ententes sur la prestation de services de santé aux habitants du Nunavut et à fixer les modalités de paiement. En 2016–2017, aucune modification législative ou réglementaire n'a été apportée concernant la couverture à l'extérieur du Nunavut.

Les étudiants qui font des études à l'extérieur du Nunavut doivent en aviser le Ministère et fournir une preuve d'inscription pour demeurer assurés. Les demandes de prolongation doivent être renouvelées chaque année et doit être approuvée par le directeur. Les personnes assurées doivent présenter une demande écrite au directeur pour faire approuver une absence temporaire d'au plus un an pour le travail, les vacances ou d'autres raisons. Le directeur peut approuver des absences de plus de douze mois consécutifs, à la réception d'une demande écrite de l'assuré.

Les dispositions concernant la couverture durant des absences temporaires au Canada sont parfaitement conformes aux modalités de l'Accord interprovincial sur l'admissibilité et la transférabilité. Le Nunavut participe aux ententes de facturation réciproque des services médicaux et des services hospitaliers. En outre, des ententes bilatérales spéciales ont été conclues avec l'Ontario, le Manitoba, l'Alberta et les Territoires du Nord-Ouest. L'entente de facturation réciproque des services hospitaliers prévoit le paiement des services hospitaliers aux patients hospitalisés ou externes reçus par les habitants admissibles du Nunavut à l'extérieur du territoire. Les tarifs prévus pour les interventions très coûteuses, les services de néonatalogie et les services aux patients externes reposent sur ceux qui sont établis par le Comité de coordination des ententes interprovinciales en assurance-santé. Les ententes de facturation réciproque des services médicaux prévoient le paiement des services médicaux assurés pour le compte des habitants admissibles du Nunavut qui reçoivent des services assurés à l'extérieur du territoire. Le paiement est fait à la province d'accueil aux tarifs établis par cette dernière.

4.3 COUVERTURE DURANT DES SÉJOURS TEMPORAIRES À L'EXTÉRIEUR DU CANADA

Le paragraphe 4(3) de la *Loi sur l'assurance-maladie* régit les prestations payables à l'égard des services médicaux assurés fournis à l'étranger. Les alinéas 28(1)j) et o) de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des services de santé et des services sociaux* autorisent le ministre à fixer les modalités de paiement des services fournis à l'étranger aux habitants du Nunavut. Durant un séjour temporaire à l'étranger, peu importe la raison, les personnes peuvent être couvertes pendant une période maximale de 12 mois, sous réserve de la présentation préalable d'un avis écrit. Lorsqu'un habitant est dirigé vers un établissement à l'extérieur du pays pour des interventions très spécialisées non pratiquées au Nunavut ni ailleurs au Canada, le territoire en assume la totalité des frais. Dans le cas de services urgents ou n'ayant pas fait l'objet d'un renvoi, le paiement est de 2 458 \$ par jour pour les services hospitaliers et de 335 \$ pour les services aux patients externes.

Les services médicaux assurés fournis à des habitants admissibles pendant un séjour temporaire à l'étranger sont payés aux tarifs en vigueur pour ces services dans le territoire. Le remboursement est versé à l'assuré ou directement au fournisseur du service assuré.

4.4 NÉCESSITÉ D'UNE APPROBATION PRÉALABLE

Une approbation préalable est nécessaire pour se faire rembourser des services facultatifs dans des établissements privés au Canada ou dans n'importe quel établissement à l'étranger. Il n'existe aucun processus concernant les appels sur l'approbation préalable de couverture de l'extérieur du territoire.

5.0 ACCESSIBILITÉ

5.1 ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ ASSURÉS

L'article 14 de la *Loi sur l'assurance-maladie* interdit la surfacturation par des médecins, sauf si le médecin a fait un choix toujours en vigueur à cet égard. L'accès aux services assurés est fourni selon des modalités uniformes. Pour éviter que l'éloignement et les frais de déplacement n'entravent l'accès, le gouvernement du Nunavut fournit une aide aux déplacements pour raisons médicales. Des services d'interprétation en inuktitut sont également offerts aux patients. Il n'existe pas de processus de plainte prévu par la loi relativement aux frais aux patients. Les patients peuvent présenter leurs plaintes au Bureau des relations avec les patients du ministère de la Santé.

L'Hôpital général Qikiqtani, à Iqaluit, est le seul établissement hospitalier de soins de courte durée en activité au Nunavut. Cet hôpital compte au total 35 lits pour les soins de courte durée, les soins de réadaptation, les soins palliatifs et les soins aux malades chroniques. Cependant, seulement 20 lits pour usage général sont présentement utilisés en raison de la capacité et des besoins. L'hôpital compte aussi quatre chambres de naissance et six lits pour les chirurgies d'un jour. L'hôpital fournit des services aux patients hospitalisés et externes ainsi que des services d'urgence 24 heures sur 24. Les médecins de l'établissement assurent les services d'urgence à tour de rôle. L'hôpital offre une clinique de soins ambulatoires et externes, des services de stabilisation d'urgence, de même que des soins médicaux généraux, des soins de maternité et des soins palliatifs. En chirurgie, des interventions sont pratiquées en ophtalmologie, en urologie, en orthopédie, en gynécologie, en pédiatrie, en chirurgie générale, en traumatologie d'urgence, en otolaryngologie et en chirurgie dentaire sous anesthésie générale et sous

sédation consciente. Les patients qui ont besoin de chirurgies spécialisées sont envoyés dans une autre province ou territoire. Les services diagnostiques comprennent les services de radiologie, de laboratoire, d'électrocardiogramme et de tomодensitogramme.

À l'extérieur d'Iqaluit, des centres de santé locaux situés dans les 24 autres communautés du Nunavut offrent des services infirmiers d'urgence, 24 heures sur 24, aux patients externes.

Le Nunavut compte également trois centres de soins prolongés situés à Gjoa Haven, Igloodik et Cambridge Bay. Ces établissements fournissent à temps plein des services de soins infirmiers et personnels aux adultes. Les centres de Gjoa Haven et d'Igloodik comptent 10 lits chacun, tandis que celui de Cambridge Bay en comprend 8.

Le Nunavut a conclu des accords avec un certain nombre d'autorités régionales de santé à l'extérieur du territoire et avec des établissements particuliers à l'égard de la prestation de services par des médecins spécialistes et d'autres professionnels de la santé itinérants. Les services spécialisés suivants ont été offerts au Nunavut en 2016–2017 dans le cadre du programme des spécialistes itinérants : ophtalmologie, orthopédie, médecine interne, otolaryngologie, neurologie, rhumatologie, dermatologie, pédiatrie, obstétrique et gynécologie, urologie, pneumologie, cardiologie, clinique d'évaluation d'arthroplastie, étude du sommeil, chirurgie buccale et allergologie. Les consultations de spécialistes itinérants sont offertes en fonction de la demande et de la disponibilité des spécialistes.

Le réseau de télésanté du Nunavut, qui relie l'ensemble des 25 communautés, permet la prestation à distance d'une vaste gamme de services, par exemple, des services de consultation de spécialistes comme les dermatologues, les psychiatres et les internistes; les services de réadaptation; les séances de counselling sur une base régulière; les visites d'un membre de la famille; l'enseignement médical continu. L'objectif à long terme est d'intégrer la télésanté dans le système de prestation de soins primaires, permettant ainsi aux habitants du Nunavut d'avoir plus facilement accès à une gamme plus étendue d'options de services et aux fournisseurs de services et aux communautés d'utiliser les ressources plus efficacement.

Lorsque le matériel et les services ne sont pas accessibles au Nunavut, les patients sont dirigés vers d'autres provinces ou territoires.

5.2 RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS

Tous les médecins qui exercent à temps plein au Nunavut sont rémunérés aux termes d'un contrat avec le Ministère, qui en fixe les modalités. Les médecins consultants itinérants sont rémunérés par un tarif contractuel journalier pour leurs services professionnels. Les tarifs varient selon les services rendus. Le ministère de la Santé se conforme à la *Loi sur la gestion des finances publiques* et le Manuel d'administration financière (MAF) concernant la surveillance ou la vérification de la rémunération.

5.3 PAIEMENTS AUX HÔPITAUX

Le financement de l'Hôpital général Qikiqtani, des établissements de santé régionaux et des centres de santé communautaire est fourni dans le cadre du processus budgétaire du gouvernement du Nunavut.

6.0 RECONNAISSANCE ACCORDÉE AUX TRANSFERTS FÉDÉRAUX

Les communiqués de presse et la couverture médiatique permettent d’informer les Nunavummiuts des contributions fédérales en cours. Le gouvernement du Nunavut a également fait état de la contribution fédérale reçue au titre du Transfert canadien en matière de santé dans diverses publications, y compris les documents suivants publiés en 2016–2017 :

indicateurs économiques et financiers 2016–2017;

Plan d’activités du gouvernement du Nunavut et des entreprises territoriales de 2016–2019.

PERSONNES INSCRITES

Année	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017
1. Nombre en date du 31 mars (#) ¹	35 041	35 897	36 667	37 764	38 662

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE

ÉTABLISSEMENTS PUBLICS

Année	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017
2. Nombre (#)	28	28	28	28	28
3. Paiements pour des services de santé assurés (\$)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible

ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS À BUT LUCRATIF

Année	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017
4. Nombre d'établissements privés à but lucratif offrant des services de santé assurés (#)	0	0	0	0	0
5. Paiements aux établissements privés à but lucratif pour des services de santé assurés (\$)	0	0	0	0	0

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS AUX RÉSIDENTS DANS UNE AUTRE PROVINCE OU UN AUTRE TERRITOIRE

Année	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017
6. Nombre total de demandes patients hospitalisés (#)	3 313	3 360	3 440	3 324	3 616
7. Total des paiements patients hospitalisés (\$)	39 244 449	37 494 619	36 005 461	38 830 531	40 804 893
8. Nombre total de demandes patients externes (#)	21 686	22 113	27 137	24 853	26 790
9. Total des paiements patients externes (\$)	7 780 896	8 297 900	9 971 833	9 638 408	11 369 138

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA

Année	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017
10. Nombre total de demandes patients hospitalisés (#)	1	1	0	1	0
11. Total des paiements patients hospitalisés (\$)	4 410	20 574	0	2 780	0
12. Nombre total de demandes patients externes (#)	0	20	14	12	7
13. Total des paiements patients externes (\$)	0	20 041	25 388	12 411	10 732

¹ L'écart entre le nombre de résidents du Nunavut inscrits et le nombre qui sont protégés par le régime d'assurance-santé du Nunavut s'explique par des délais dans le rapprochement des données relatives aux résidents ayant quitté le territoire.

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE

Année	2012–2013	2013–2014	2014–2015	2015–2016	2016–2017
14. Nombre de médecins participants (#)	409	349	289	278	155
15. Nombre de médecins ayant opté pour le retrait du régime d'assurance-santé (#)	0	0	0	0	0
16. Nombre de médecins non participants (#)	0	0	0	0	0
17. Total des paiements des services médicaux rémunérés pour l'ensemble des méthodes de paiement (\$)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
18. Total des paiements des services médicaux rémunérés à l'acte (\$) ²	403 418	348 473	54 501	152 815	502 572 ³

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS AUX RÉSIDENTS DANS UNE AUTRE PROVINCE OU UN AUTRE TERRITOIRE

Année	2012–2013	2013–2014	2014–2015	2015–2016	2016–2017
19. Nombre de services (#)	80 311	80 682	96 070	93 365	99 539
20. Total des paiements (\$)	6 341 047	6 855 743	7 607 809	8 088 273	8 694 011 ⁴

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA

Année	2012–2013	2013–2014	2014–2015	2015–2016	2016–2017
21. Nombre de services (#)	15	82	29	14	13
22. Total des paiements (\$)	732	7 346	1 803	667	718

SERVICES DE CHIRURGIE DENTAIRE ASSURÉS FOURNIS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE

Année	2012–2013	2013–2014	2014–2015	2015–2016	2016–2017
23. Nombre de dentistes participants (#)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
24. Nombre de dentistes ayant opté pour le retrait du régime d'assurance-santé (#) ^a	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
25. Nombre de dentistes non participants (#) ^a	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
26. Nombre de services fournis (#)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
27. Total des paiements (\$)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible

^a Santé Canada a demandé cette donnée à partir du rapport de 2016–2017, mais n'a pas demandé aux provinces ni aux territoires de la rapporter pour les années précédentes.

² Le Nunavut ne rémunère habituellement pas les médecins à l'acte. La majorité des médecins reçoivent plutôt un salaire contractuel.

³ Ce montant, pour 2016–2017, couvre la période du 1^{er} avril 2016 au 31 mars 2017.

⁴ Ce montant, pour 2016–2017, est en date d'août 2017. Les factures sont acceptées jusqu'en mars 2018.

ANNEXE A

LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ ET RÈGLEMENT CONCERNANT LES RENSEIGNEMENTS SUR LA SURFACTURATION ET LES FRAIS MODÉRATEURS

La présente annexe offre au lecteur une codification administrative de la *Loi canadienne sur la santé* et du *Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs*. Une codification administrative est une interprétation de la Loi initiale et comprend toute modification apportée depuis l'adoption de la Loi. Le *Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs* est le seul règlement prévu par la Loi. En vertu de ce Règlement, les provinces et les territoires doivent fournir une estimation des montants de la surfacturation et des frais modérateurs avant le début de chaque exercice financier afin que les pénalités appropriées puissent être perçues. Les provinces et les territoires doivent aussi présenter les états financiers indiquant les montants réellement facturés afin de permettre le rapprochement avec les frais estimatifs éventuels. Le Règlement est également présenté sous forme de codification administrative. Cette codification, qui n'a aucune valeur officielle, n'est pas nécessairement actuelle et n'est présentée que pour la commodité du lecteur. Veuillez communiquer avec le ministère de la Justice pour obtenir la version officielle.



CANADA

CONSOLIDATION

CODIFICATION

Canada Health Act

Loi canadienne sur la santé

R.S.C., 1985, c. C-6

L.R.C. (1985), ch. C-6

Current to December 11, 2017

À jour au 11 décembre 2017

Last amended on June 29, 2012

Dernière modification le 29 juin 2012

Published by the Minister of Justice at the following address:
<http://laws-lois.justice.gc.ca>

Publié par le ministre de la Justice à l'adresse suivante :
<http://lois-laws.justice.gc.ca>

**OFFICIAL STATUS
OF CONSOLIDATIONS**

Subsections 31(1) and (2) of the *Legislation Revision and Consolidation Act*, in force on June 1, 2009, provide as follows:

Published consolidation is evidence

31 (1) Every copy of a consolidated statute or consolidated regulation published by the Minister under this Act in either print or electronic form is evidence of that statute or regulation and of its contents and every copy purporting to be published by the Minister is deemed to be so published, unless the contrary is shown.

Inconsistencies in Acts

(2) In the event of an inconsistency between a consolidated statute published by the Minister under this Act and the original statute or a subsequent amendment as certified by the Clerk of the Parliaments under the *Publication of Statutes Act*, the original statute or amendment prevails to the extent of the inconsistency.

NOTE

This consolidation is current to December 11, 2017. The last amendments came into force on June 29, 2012. Any amendments that were not in force as of December 11, 2017 are set out at the end of this document under the heading “Amendments Not in Force”.

**CARACTÈRE OFFICIEL
DES CODIFICATIONS**

Les paragraphes 31(1) et (2) de la *Loi sur la révision et la codification des textes législatifs*, en vigueur le 1^{er} juin 2009, prévoient ce qui suit :

Codifications comme élément de preuve

31 (1) Tout exemplaire d'une loi codifiée ou d'un règlement codifié, publié par le ministre en vertu de la présente loi sur support papier ou sur support électronique, fait foi de cette loi ou de ce règlement et de son contenu. Tout exemplaire donné comme publié par le ministre est réputé avoir été ainsi publié, sauf preuve contraire.

Incompatibilité — lois

(2) Les dispositions de la loi d'origine avec ses modifications subséquentes par le greffier des Parlements en vertu de la *Loi sur la publication des lois* l'emportent sur les dispositions incompatibles de la loi codifiée publiée par le ministre en vertu de la présente loi.

NOTE

Cette codification est à jour au 11 décembre 2017. Les dernières modifications sont entrées en vigueur le 29 juin 2012. Toutes modifications qui n'étaient pas en vigueur au 11 décembre 2017 sont énoncées à la fin de ce document sous le titre « Modifications non en vigueur ».

TABLE OF PROVISIONS

An Act relating to cash contributions by Canada and relating to criteria and conditions in respect of insured health services and extended health care services

	Short Title
1	Short title
	Interpretation
2	Definitions
	Canadian Health Care Policy
3	Primary objective of Canadian health care policy
	Purpose
4	Purpose of this Act
	Cash Contribution
5	Cash contribution
	Program Criteria
7	Program criteria
8	Public administration
9	Comprehensiveness
10	Universality
11	Portability
12	Accessibility
	Conditions for Cash Contribution
13	Conditions
	Defaults
14	Referral to Governor in Council
15	Order reducing or withholding contribution
16	Reimposition of reductions or withholdings
17	When reduction or withholding imposed

TABLE ANALYTIQUE

Loi concernant les contributions pécuniaires du Canada ainsi que les principes et conditions applicables aux services de santé assurés et aux services complémentaires de santé

	Titre abrégé
1	Titre abrégé
	Définitions
2	Définitions
	Politique canadienne de la santé
3	Objectif premier
	Raison d'être
4	Raison d'être de la présente loi
	Contribution pécuniaire
5	Contribution pécuniaire
	Conditions d'octroi
7	Règle générale
8	Gestion publique
9	Intégralité
10	Universalité
11	Transférabilité
12	Accessibilité
	Contribution pécuniaire assujettie à des conditions
13	Obligations de la province
	Manquements
14	Renvoi au gouverneur en conseil
15	Décret de réduction ou de retenue
16	Nouvelle application des réductions ou retenues
17	Application aux exercices ultérieurs

Canada Health
TABLE OF PROVISIONS*Loi canadienne sur la santé*
TABLE ANALYTIQUE**Extra-billing and User Charges**

- 18** Extra-billing
19 User charges
20 Deduction for extra-billing
21 When deduction made

Regulations

- 22** Regulations

Report to Parliament

- 23** Annual report by Minister

Surfacturation et frais modérateurs

- 18** Surfacturation
19 Frais modérateurs
20 Déduction en cas de surfacturation
21 Application aux exercices ultérieurs

Règlements

- 22** Règlements

Rapport au Parlement

- 23** Rapport annuel du ministre



R.S.C., 1985, c. C-6

L.R.C., 1985, ch. C-6

An Act relating to cash contributions by Canada and relating to criteria and conditions in respect of insured health services and extended health care services

Loi concernant les contributions pécuniaires du Canada ainsi que les principes et conditions applicables aux services de santé assurés et aux services complémentaires de santé

Preamble

WHEREAS the Parliament of Canada recognizes:

—that it is not the intention of the Government of Canada that any of the powers, rights, privileges or authorities vested in Canada or the provinces under the provisions of the *Constitution Act, 1867*, or any amendments thereto, or otherwise, be by reason of this Act abrogated or derogated from or in any way impaired;

—that Canadians, through their system of insured health services, have made outstanding progress in treating sickness and alleviating the consequences of disease and disability among all income groups;

—that Canadians can achieve further improvements in their well-being through combining individual lifestyles that emphasize fitness, prevention of disease and health promotion with collective action against the social, environmental and occupational causes of disease, and that they desire a system of health services that will promote physical and mental health and protection against disease;

—that future improvements in health will require the cooperative partnership of governments, health professionals, voluntary organizations and individual Canadians;

—that continued access to quality health care without financial or other barriers will be critical to maintaining and improving the health and well-being of Canadians;

AND WHEREAS the Parliament of Canada wishes to encourage the development of health services

Préambule

Considérant que le Parlement du Canada reconnaît :

que le gouvernement du Canada n'entend pas par la présente loi abroger les pouvoirs, droits, privilèges ou autorités dévolus au Canada ou aux provinces sous le régime de la *Loi constitutionnelle de 1867* et de ses modifications ou à tout autre titre, ni leur déroger ou porter atteinte,

que les Canadiens ont fait des progrès remarquables, grâce à leur système de services de santé assurés, dans le traitement des maladies et le soulagement des affections et déficiences parmi toutes les catégories socio-économiques,

que les Canadiens peuvent encore améliorer leur bien-être en joignant à un mode de vie individuel axé sur la condition physique, la prévention des maladies et la promotion de la santé, une action collective contre les causes sociales, environnementales ou industrielles des maladies et qu'ils désirent un système de services de santé qui favorise la santé physique et mentale et la protection contre les maladies,

que les améliorations futures dans le domaine de la santé nécessiteront la coopération des gouvernements, des professionnels de la santé, des organismes bénévoles et des citoyens canadiens,

que l'accès continu à des soins de santé de qualité, sans obstacle financier ou autre, sera déterminant pour la conservation et l'amélioration de la santé et du bien-être des Canadiens;

considérant en outre que le Parlement du Canada souhaite favoriser le développement des services de

throughout Canada by assisting the provinces in meeting the costs thereof;

NOW, THEREFORE, Her Majesty, by and with the advice and consent of the Senate and House of Commons of Canada, enacts as follows:

Short Title

Short title

1 This Act may be cited as the *Canada Health Act*.

1984, c. 6, s. 1.

Interpretation

Definitions

2 In this Act,

Act of 1977 [Repealed, 1995, c. 17, s. 34]

cash contribution means the cash contribution in respect of the Canada Health Transfer that may be provided to a province under sections 24.2 and 24.21 of the *Federal-Provincial Fiscal Arrangements Act*; (*contribution pécuniaire*)

contribution [Repealed, 1995, c. 17, s. 34]

dentist means a person lawfully entitled to practise dentistry in the place in which the practice is carried on by that person; (*dentiste*)

extended health care services means the following services, as more particularly defined in the regulations, provided for residents of a province, namely,

- (a) nursing home intermediate care service,
- (b) adult residential care service,
- (c) home care service, and
- (d) ambulatory health care service; (*services complémentaires de santé*)

extra-billing means the billing for an insured health service rendered to an insured person by a medical practitioner or a dentist in an amount in addition to any amount paid or to be paid for that service by the health care insurance plan of a province; (*surfacturation*)

health care insurance plan means, in relation to a province, a plan or plans established by the law of the province to provide for insured health services; (*régime d'assurance-santé*)

santé dans tout le pays en aidant les provinces à en supporter le coût,

Sa Majesté, sur l'avis et avec le consentement du Sénat et de la Chambre des communes du Canada, édicte :

Titre abrégé

Titre abrégé

1 *Loi canadienne sur la santé*.

1984, ch. 6, art. 1.

Définitions

Définitions

2 Les définitions qui suivent s'appliquent à la présente loi.

assuré Habitant d'une province, à l'exception :

- a) des membres des Forces canadiennes;
- b) [Abrogé, 2012, ch. 19, art. 377]
- c) des personnes purgeant une peine d'emprisonnement dans un pénitencier, au sens de la Partie I de la *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition*;
- d) des habitants de la province qui s'y trouvent depuis une période de temps inférieure au délai minimal de résidence ou de carence d'au plus trois mois imposé aux habitants par la province pour qu'ils soient admissibles ou aient droit aux services de santé assurés. (*insured person*)

contribution [Abrogée, 1995, ch. 17, art. 34]

contribution pécuniaire La contribution au titre du Transfert canadien en matière de santé qui peut être versée à une province au titre des articles 24.2 et 24.21 de la *Loi sur les arrangements fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces*. (*cash contribution*)

dentiste Personne légalement autorisée à exercer la médecine dentaire au lieu où elle se livre à cet exercice. (*dentist*)

frais modérateurs Frais d'un service de santé assuré autorisés ou permis par un régime provincial d'assurance-santé mais non payables, soit directement soit indirectement, au titre d'un régime provincial d'assurance-santé,

health care practitioner means a person lawfully entitled under the law of a province to provide health services in the place in which the services are provided by that person; (*professionnel de la santé*)

hospital includes any facility or portion thereof that provides hospital care, including acute, rehabilitative or chronic care, but does not include

(a) a hospital or institution primarily for the mentally disordered, or

(b) a facility or portion thereof that provides nursing home intermediate care service or adult residential care service, or comparable services for children; (*hôpital*)

hospital services means any of the following services provided to in-patients or out-patients at a hospital, if the services are medically necessary for the purpose of maintaining health, preventing disease or diagnosing or treating an injury, illness or disability, namely,

(a) accommodation and meals at the standard or public ward level and preferred accommodation if medically required,

(b) nursing service,

(c) laboratory, radiological and other diagnostic procedures, together with the necessary interpretations,

(d) drugs, biologicals and related preparations when administered in the hospital,

(e) use of operating room, case room and anaesthetic facilities, including necessary equipment and supplies,

(f) medical and surgical equipment and supplies,

(g) use of radiotherapy facilities,

(h) use of physiotherapy facilities, and

(i) services provided by persons who receive remuneration therefor from the hospital,

but does not include services that are excluded by the regulations; (*services hospitaliers*)

insured health services means hospital services, physician services and surgical-dental services provided to insured persons, but does not include any health services that a person is entitled to and eligible for under any other Act of Parliament or under any Act of the legislature of a province that relates to workers' or workmen's compensation; (*services de santé assurés*)

à l'exception des frais imposés par surfacturation. (*user charge*)

habitant Personne domiciliée et résidant habituellement dans une province et légalement autorisée à être ou à rester au Canada, à l'exception d'une personne faisant du tourisme, de passage ou en visite dans la province. (*resident*)

hôpital Sont compris parmi les hôpitaux tout ou partie des établissements où sont fournis des soins hospitaliers, notamment aux personnes souffrant de maladie aiguë ou chronique ainsi qu'en matière de réadaptation, à l'exception :

a) des hôpitaux ou institutions destinés principalement aux personnes souffrant de troubles mentaux;

b) de tout ou partie des établissements où sont fournis des soins intermédiaires en maison de repos ou des soins en établissement pour adultes ou des soins comparables pour les enfants. (*hospital*)

loi de 1977 [Abrogée, 1995, ch. 17, art. 34]

médecin Personne légalement autorisée à exercer la médecine au lieu où elle se livre à cet exercice. (*medical practitioner*)

ministre Le ministre de la Santé. (*Minister*)

professionnel de la santé Personne légalement autorisée en vertu de la loi d'une province à fournir des services de santé au lieu où elle les fournit. (*health care practitioner*)

régime d'assurance-santé Le régime ou les régimes constitués par la loi d'une province en vue de la prestation de services de santé assurés. (*health care insurance plan*)

services complémentaires de santé Les services définis dans les règlements et offerts aux habitants d'une province, à savoir :

a) les soins intermédiaires en maison de repos;

b) les soins en établissement pour adultes;

c) les soins à domicile;

d) les soins ambulatoires. (*extended health care services*)

services de chirurgie dentaire Actes de chirurgie dentaire nécessaires sur le plan médical ou dentaire, accomplis par un dentiste dans un hôpital, et qui ne peuvent

insured person means, in relation to a province, a resident of the province other than

- (a) a member of the Canadian Forces,
- (b) [Repealed, 2012, c. 19, s. 377]
- (c) a person serving a term of imprisonment in a penitentiary as defined in the *Penitentiary Act*, or
- (d) a resident of the province who has not completed such minimum period of residence or waiting period, not exceeding three months, as may be required by the province for eligibility for or entitlement to insured health services; (*assuré*)

medical practitioner means a person lawfully entitled to practise medicine in the place in which the practice is carried on by that person; (*médecin*)

Minister means the Minister of Health; (*ministre*)

physician services means any medically required services rendered by medical practitioners; (*services médicaux*)

resident means, in relation to a province, a person lawfully entitled to be or to remain in Canada who makes his home and is ordinarily present in the province, but does not include a tourist, a transient or a visitor to the province; (*habitant*)

surgical-dental services means any medically or dentally required surgical-dental procedures performed by a dentist in a hospital, where a hospital is required for the proper performance of the procedures; (*services de chirurgie dentaire*)

user charge means any charge for an insured health service that is authorized or permitted by a provincial health care insurance plan that is not payable, directly or indirectly, by a provincial health care insurance plan, but does not include any charge imposed by extra-billing. (*frais modérateurs*)

R.S., 1985, c. C-6, s. 2; 1992, c. 20, s. 216(F); 1995, c. 17, s. 34; 1996, c. 8, s. 32; 1999, c. 26, s. 11; 2012, c. 19, ss. 377, 407.

être accomplis convenablement qu'en un tel établissement. (*surgical-dental services*)

services de santé assurés Services hospitaliers, médicaux ou de chirurgie dentaire fournis aux assurés, à l'exception des services de santé auxquels une personne a droit ou est admissible en vertu d'une autre loi fédérale ou d'une loi provinciale relative aux accidents du travail. (*insured health services*)

services hospitaliers Services fournis dans un hôpital aux malades hospitalisés ou externes, si ces services sont médicalement nécessaires pour le maintien de la santé, la prévention des maladies ou le diagnostic ou le traitement des blessures, maladies ou invalidités, à savoir :

- a) l'hébergement et la fourniture des repas en salle commune ou, si médicalement nécessaire, en chambre privée ou semi-privée;
- b) les services infirmiers;
- c) les actes de laboratoires, de radiologie ou autres actes de diagnostic, ainsi que les interprétations nécessaires;
- d) les produits pharmaceutiques, substances biologiques et préparations connexes administrés à l'hôpital;
- e) l'usage des salles d'opération, des salles d'accouchement et des installations d'anesthésie, ainsi que le matériel et les fournitures nécessaires;
- f) le matériel et les fournitures médicaux et chirurgicaux;
- g) l'usage des installations de radiothérapie;
- h) l'usage des installations de physiothérapie;
- i) les services fournis par les personnes rémunérées à cet effet par l'hôpital.

Ne sont pas compris parmi les services hospitaliers les services exclus par les règlements. (*hospital services*)

services médicaux Services médicalement nécessaires fournis par un médecin. (*physician services*)

surfacturation Facturation de la prestation à un assuré par un médecin ou un dentiste d'un service de santé assuré, en excédent par rapport au montant payé ou à payer pour la prestation de ce service au titre du régime provincial d'assurance-santé. (*extra-billing*)

L.R. (1985), ch. C-6, art. 2; 1992, ch. 20, art. 216(F); 1995, ch. 17, art. 34; 1996, ch. 8, art. 32; 1999, ch. 26, art. 11; 2012, ch. 19, art. 377 et 407.

Canada Health
Canadian Health Care Policy
Sections 3-7

Santé
Politique canadienne de la santé
Articles 3-7

Canadian Health Care Policy

Primary objective of Canadian health care policy

3 It is hereby declared that the primary objective of Canadian health care policy is to protect, promote and restore the physical and mental well-being of residents of Canada and to facilitate reasonable access to health services without financial or other barriers.

1984, c. 6, s. 3.

Purpose

Purpose of this Act

4 The purpose of this Act is to establish criteria and conditions in respect of insured health services and extended health care services provided under provincial law that must be met before a full cash contribution may be made.

R.S., 1985, c. C-6, s. 4; 1995, c. 17, s. 35.

Cash Contribution

Cash contribution

5 Subject to this Act, as part of the Canada Health Transfer, a full cash contribution is payable by Canada to each province for each fiscal year.

R.S., 1985, c. C-6, s. 5; 1995, c. 17, s. 36; 2012, c. 19, s. 408.

6 [Repealed, 1995, c. 17, s. 36]

Program Criteria

Program criteria

7 In order that a province may qualify for a full cash contribution referred to in section 5 for a fiscal year, the health care insurance plan of the province must, throughout the fiscal year, satisfy the criteria described in sections 8 to 12 respecting the following matters:

- (a) public administration;
- (b) comprehensiveness;
- (c) universality;
- (d) portability; and
- (e) accessibility.

1984, c. 6, s. 7.

Politique canadienne de la santé

Objectif premier

3 La politique canadienne de la santé a pour premier objectif de protéger, de favoriser et d'améliorer le bien-être physique et mental des habitants du Canada et de faciliter un accès satisfaisant aux services de santé, sans obstacles d'ordre financier ou autre.

1984, ch. 6, art. 3.

Raison d'être

Raison d'être de la présente loi

4 La présente loi a pour raison d'être d'établir les conditions d'octroi et de versement d'une pleine contribution pécuniaire pour les services de santé assurés et les services complémentaires de santé fournis en vertu de la loi d'une province.

L.R. (1985), ch. C-6, art. 4; 1995, ch. 17, art. 35.

Contribution pécuniaire

Contribution pécuniaire

5 Sous réserve des autres dispositions de la présente loi, le Canada verse à chaque province, pour chaque exercice, une pleine contribution pécuniaire à titre d'élément du Transfert canadien en matière de santé (ci-après, « Transfert »).

L.R. (1985), ch. C-6, art. 5; 1995, ch. 17, art. 36; 2012, ch. 19, art. 408.

6 [Abrogé, 1995, ch. 17, art. 36]

Conditions d'octroi

Règle générale

7 Le versement à une province, pour un exercice, de la pleine contribution pécuniaire visée à l'article 5 est assujéti à l'obligation pour le régime d'assurance-santé de satisfaire, pendant tout cet exercice, aux conditions d'octroi énumérées aux articles 8 à 12 quant à :

- a) la gestion publique;
- b) l'intégralité;
- c) l'universalité;
- d) la transférabilité;
- e) l'accessibilité.

1984, ch. 6, art. 7.

Public administration

8 (1) In order to satisfy the criterion respecting public administration,

- (a) the health care insurance plan of a province must be administered and operated on a non-profit basis by a public authority appointed or designated by the government of the province;
- (b) the public authority must be responsible to the provincial government for that administration and operation; and
- (c) the public authority must be subject to audit of its accounts and financial transactions by such authority as is charged by law with the audit of the accounts of the province.

Designation of agency permitted

(2) The criterion respecting public administration is not contravened by reason only that the public authority referred to in subsection (1) has the power to designate any agency

- (a) to receive on its behalf any amounts payable under the provincial health care insurance plan; or
- (b) to carry out on its behalf any responsibility in connection with the receipt or payment of accounts rendered for insured health services, if it is a condition of the designation that all those accounts are subject to assessment and approval by the public authority and that the public authority shall determine the amounts to be paid in respect thereof.

1984, c. 6, s. 8.

Comprehensiveness

9 In order to satisfy the criterion respecting comprehensiveness, the health care insurance plan of a province must insure all insured health services provided by hospitals, medical practitioners or dentists, and where the law of the province so permits, similar or additional services rendered by other health care practitioners.

1984, c. 6, s. 9.

Universality

10 In order to satisfy the criterion respecting universality, the health care insurance plan of a province must entitle one hundred per cent of the insured persons of the province to the insured health services provided for by the plan on uniform terms and conditions.

1984, c. 6, s. 10.

Gestion publique

8 (1) La condition de gestion publique suppose que :

- a) le régime provincial d'assurance-santé soit géré sans but lucratif par une autorité publique nommée ou désignée par le gouvernement de la province;
- b) l'autorité publique soit responsable devant le gouvernement provincial de cette gestion;
- c) l'autorité publique soit assujettie à la vérification de ses comptes et de ses opérations financières par l'autorité chargée par la loi de la vérification des comptes de la province.

Désignation d'un mandataire

(2) La condition de gestion publique n'est pas enfreinte du seul fait que l'autorité publique visée au paragraphe (1) a le pouvoir de désigner un mandataire chargé :

- a) soit de recevoir en son nom les montants payables au titre du régime provincial d'assurance-santé;
- b) soit d'exercer en son nom les attributions liées à la réception ou au règlement des comptes remis pour prestation de services de santé assurés si la désignation est assujettie à la vérification et à l'approbation par l'autorité publique des comptes ainsi remis et à la détermination par celle-ci des montants à payer à cet égard.

1984, ch. 6, art. 8.

Intégralité

9 La condition d'intégralité suppose qu'au titre du régime provincial d'assurance-santé, tous les services de santé assurés fournis par les hôpitaux, les médecins ou les dentistes soient assurés, et lorsque la loi de la province le permet, les services semblables ou additionnels fournis par les autres professionnels de la santé.

1984, ch. 6, art. 9.

Universalité

10 La condition d'universalité suppose qu'au titre du régime provincial d'assurance-santé, cent pour cent des assurés de la province ait droit aux services de santé assurés prévus par celui-ci, selon des modalités uniformes.

1984, ch. 6, art. 10.

Portability

11 (1) In order to satisfy the criterion respecting portability, the health care insurance plan of a province

(a) must not impose any minimum period of residence in the province, or waiting period, in excess of three months before residents of the province are eligible for or entitled to insured health services;

(b) must provide for and be administered and operated so as to provide for the payment of amounts for the cost of insured health services provided to insured persons while temporarily absent from the province on the basis that

(i) where the insured health services are provided in Canada, payment for health services is at the rate that is approved by the health care insurance plan of the province in which the services are provided, unless the provinces concerned agree to apportion the cost between them in a different manner, or

(ii) where the insured health services are provided out of Canada, payment is made on the basis of the amount that would have been paid by the province for similar services rendered in the province, with due regard, in the case of hospital services, to the size of the hospital, standards of service and other relevant factors; and

(c) must provide for and be administered and operated so as to provide for the payment, during any minimum period of residence, or any waiting period, imposed by the health care insurance plan of another province, of the cost of insured health services provided to persons who have ceased to be insured persons by reason of having become residents of that other province, on the same basis as though they had not ceased to be residents of the province.

Requirement for consent for elective insured health services permitted

(2) The criterion respecting portability is not contravened by a requirement of a provincial health care insurance plan that the prior consent of the public authority that administers and operates the plan must be obtained for elective insured health services provided to a resident of the province while temporarily absent from the province if the services in question were available on a substantially similar basis in the province.

Definition of elective insured health services

(3) For the purpose of subsection (2), **elective insured health services** means insured health services other than services that are provided in an emergency or in any

Transférabilité

11 (1) La condition de transférabilité suppose que le régime provincial d'assurance-santé :

a) n'impose pas de délai minimal de résidence ou de carence supérieur à trois mois aux habitants de la province pour qu'ils soient admissibles ou aient droit aux services de santé assurés;

b) prévoit et que ses modalités d'application assurent le paiement des montants pour le coût des services de santé assurés fournis à des assurés temporairement absents de la province :

(i) si ces services sont fournis au Canada, selon le taux approuvé par le régime d'assurance-santé de la province où ils sont fournis, sauf accord de répartition différente du coût entre les provinces concernées,

(ii) s'il sont fournis à l'étranger, selon le montant qu'aurait versé la province pour des services semblables fournis dans la province, compte tenu, s'il s'agit de services hospitaliers, de l'importance de l'hôpital, de la qualité des services et des autres facteurs utiles;

c) prévoit et que ses modalités d'application assurent la prise en charge, pendant le délai minimal de résidence ou de carence imposé par le régime d'assurance-santé d'une autre province, du coût des services de santé assurés fournis aux personnes qui ne sont plus assurées du fait qu'elles habitent cette province, dans les mêmes conditions que si elles habitaient encore leur province d'origine.

Consentement préalable à la prestation des services de santé assurés facultatifs

(2) La condition de transférabilité n'est pas enfreinte du fait qu'il faut, aux termes du régime d'assurance-santé d'une province, le consentement préalable de l'autorité publique qui le gère pour la prestation de services de santé assurés facultatifs à un habitant temporairement absent de la province, si ces services y sont offerts selon des modalités sensiblement comparables.

Définition de services de santé assurés facultatifs

(3) Pour l'application du paragraphe (2), **services de santé assurés facultatifs** s'entend des services de santé assurés, à l'exception de ceux qui sont fournis d'urgence

other circumstance in which medical care is required without delay.

1984, c. 6, s. 11.

Accessability

12 (1) In order to satisfy the criterion respecting accessability, the health care insurance plan of a province

(a) must provide for insured health services on uniform terms and conditions and on a basis that does not impede or preclude, either directly or indirectly whether by charges made to insured persons or otherwise, reasonable access to those services by insured persons;

(b) must provide for payment for insured health services in accordance with a tariff or system of payment authorized by the law of the province;

(c) must provide for reasonable compensation for all insured health services rendered by medical practitioners or dentists; and

(d) must provide for the payment of amounts to hospitals, including hospitals owned or operated by Canada, in respect of the cost of insured health services.

Reasonable compensation

(2) In respect of any province in which extra-billing is not permitted, paragraph (1)(c) shall be deemed to be complied with if the province has chosen to enter into, and has entered into, an agreement with the medical practitioners and dentists of the province that provides

(a) for negotiations relating to compensation for insured health services between the province and provincial organizations that represent practising medical practitioners or dentists in the province;

(b) for the settlement of disputes relating to compensation through, at the option of the appropriate provincial organizations referred to in paragraph (a), conciliation or binding arbitration by a panel that is equally representative of the provincial organizations and the province and that has an independent chairman; and

(c) that a decision of a panel referred to in paragraph (b) may not be altered except by an Act of the legislature of the province.

1984, c. 6, s. 12.

ou dans d'autres circonstances où des soins médicaux sont requis sans délai.

1984, ch. 6, art. 11.

Accessibilité

12 (1) La condition d'accessibilité suppose que le régime provincial d'assurance-santé :

a) offre les services de santé assurés selon des modalités uniformes et ne fasse pas obstacle, directement ou indirectement, et notamment par facturation aux assurés, à un accès satisfaisant par eux à ces services;

b) prévoit la prise en charge des services de santé assurés selon un tarif ou autre mode de paiement autorisé par la loi de la province;

c) prévoit une rémunération raisonnable de tous les services de santé assurés fournis par les médecins ou les dentistes;

d) prévoit le versement de montants aux hôpitaux, y compris les hôpitaux que possède ou gère le Canada, à l'égard du coût des services de santé assurés.

Rémunération raisonnable

(2) Pour toute province où la surfacturation n'est pas permise, il est réputé être satisfait à l'alinéa (1)c) si la province a choisi de conclure un accord et a effectivement conclu un accord avec ses médecins et dentistes prévoyant :

a) la tenue de négociations sur la rémunération des services de santé assurés entre la province et les organisations provinciales représentant les médecins ou dentistes qui exercent dans la province;

b) le règlement des différends concernant la rémunération par, au choix des organisations provinciales compétentes visées à l'alinéa a), soit la conciliation soit l'arbitrage obligatoire par un groupe représentant également les organisations provinciales et la province et ayant un président indépendant;

c) l'impossibilité de modifier la décision du groupe visé à l'alinéa b), sauf par une loi de la province.

1984, ch. 6, art. 12.

Canada Health
Conditions for Cash Contribution
Sections 13-14

Santé
Contribution pécuniaire assujettie à des conditions
Articles 13-14

Conditions for Cash Contribution

Conditions

13 In order that a province may qualify for a full cash contribution referred to in section 5, the government of the province

(a) shall, at the times and in the manner prescribed by the regulations, provide the Minister with such information, of a type prescribed by the regulations, as the Minister may reasonably require for the purposes of this Act; and

(b) shall give recognition to the Canada Health Transfer in any public documents, or in any advertising or promotional material, relating to insured health services and extended health care services in the province.

R.S., 1985, c. C-6, s. 13; 1995, c. 17, s. 37; 2012, c. 19, s. 409(E).

Defaults

Referral to Governor in Council

14 (1) Subject to subsection (3), where the Minister, after consultation in accordance with subsection (2) with the minister responsible for health care in a province, is of the opinion that

(a) the health care insurance plan of the province does not or has ceased to satisfy any one of the criteria described in sections 8 to 12, or

(b) the province has failed to comply with any condition set out in section 13,

and the province has not given an undertaking satisfactory to the Minister to remedy the default within a period that the Minister considers reasonable, the Minister shall refer the matter to the Governor in Council.

Consultation process

(2) Before referring a matter to the Governor in Council under subsection (1) in respect of a province, the Minister shall

(a) send by registered mail to the minister responsible for health care in the province a notice of concern with respect to any problem foreseen;

(b) seek any additional information available from the province with respect to the problem through bilateral discussions, and make a report to the province within ninety days after sending the notice of concern; and

Contribution pécuniaire assujettie à des conditions

Obligations de la province

13 Le versement à une province de la pleine contribution pécuniaire visée à l'article 5 est assujéti à l'obligation pour le gouvernement de la province :

a) de communiquer au ministre, selon les modalités de temps et autres prévues par les règlements, les renseignements du genre prévu aux règlements, dont celui-ci peut normalement avoir besoin pour l'application de la présente loi;

b) de faire état du Transfert dans tout document public ou toute publicité sur les services de santé assurés et les services complémentaires de santé dans la province.

L.R. (1985), ch. C-6, art. 13; 1995, ch. 17, art. 37; 2012, ch. 19, art. 409(A).

Manquements

Renvoi au gouverneur en conseil

14 (1) Sous réserve du paragraphe (3), dans le cas où il estime, après avoir consulté conformément au paragraphe (2) son homologue chargé de la santé dans une province :

a) soit que le régime d'assurance-santé de la province ne satisfait pas ou plus aux conditions visées aux articles 8 à 12;

b) soit que la province ne s'est pas conformée aux conditions visées à l'article 13,

et que celle-ci ne s'est pas engagée de façon satisfaisante à remédier à la situation dans un délai suffisant, le ministre renvoie l'affaire au gouverneur en conseil.

Étapes de la consultation

(2) Avant de renvoyer une affaire au gouverneur en conseil conformément au paragraphe (1) relativement à une province, le ministre :

a) envoie par courrier recommandé à son homologue chargé de la santé dans la province un avis sur tout problème éventuel;

b) tente d'obtenir de la province, par discussions bilatérales, tout renseignement additionnel disponible sur le problème et fait rapport à la province dans les quatre-vingt-dix jours suivant l'envoi de l'avis;

(c) if requested by the province, meet within a reasonable period of time to discuss the report.

Where no consultation can be achieved

(3) The Minister may act without consultation under subsection (1) if the Minister is of the opinion that a sufficient time has expired after reasonable efforts to achieve consultation and that consultation will not be achieved.

1984, c. 6, s. 14.

Order reducing or withholding contribution

15 (1) Where, on the referral of a matter under section 14, the Governor in Council is of the opinion that the health care insurance plan of a province does not or has ceased to satisfy any one of the criteria described in sections 8 to 12 or that a province has failed to comply with any condition set out in section 13, the Governor in Council may, by order,

(a) direct that any cash contribution to that province for a fiscal year be reduced, in respect of each default, by an amount that the Governor in Council considers to be appropriate, having regard to the gravity of the default; or

(b) where the Governor in Council considers it appropriate, direct that the whole of any cash contribution to that province for a fiscal year be withheld.

Amending orders

(2) The Governor in Council may, by order, repeal or amend any order made under subsection (1) where the Governor in Council is of the opinion that the repeal or amendment is warranted in the circumstances.

Notice of order

(3) A copy of each order made under this section together with a statement of any findings on which the order was based shall be sent forthwith by registered mail to the government of the province concerned and the Minister shall cause the order and statement to be laid before each House of Parliament on any of the first fifteen days on which that House is sitting after the order is made.

Commencement of order

(4) An order made under subsection (1) shall not come into force earlier than thirty days after a copy of the order has been sent to the government of the province concerned under subsection (3).

R.S., 1985, c. C-6, s. 15; 1995, c. 17, s. 38.

c) si la province le lui demande, tient une réunion dans un délai acceptable afin de discuter du rapport.

Impossibilité de consultation

(3) Le ministre peut procéder au renvoi prévu au paragraphe (1) sans consultation préalable s'il conclut à l'impossibilité d'obtenir cette consultation malgré des efforts sérieux déployés à cette fin au cours d'un délai convenable.

1984, ch. 6, art. 14.

Décret de réduction ou de retenue

15 (1) Si l'affaire lui est renvoyée en vertu de l'article 14 et qu'il estime que le régime d'assurance-santé de la province ne satisfait pas ou plus aux conditions visées aux articles 8 à 12 ou que la province ne s'est pas conformée aux conditions visées à l'article 13, le gouverneur en conseil peut, par décret :

a) soit ordonner, pour chaque manquement, que la contribution pécuniaire d'un exercice à la province soit réduite du montant qu'il estime indiqué, compte tenu de la gravité du manquement;

b) soit, s'il l'estime indiqué, ordonner la retenue de la totalité de la contribution pécuniaire d'un exercice à la province.

Modification des décrets

(2) Le gouverneur en conseil peut, par décret, annuler ou modifier un décret pris en vertu du paragraphe (1) s'il l'estime justifié dans les circonstances.

Avis

(3) Le texte de chaque décret pris en vertu du présent article de même qu'un exposé des motifs sur lesquels il est fondé sont envoyés sans délai par courrier recommandé au gouvernement de la province concernée; le ministre fait déposer le texte du décret et celui de l'exposé devant chaque chambre du Parlement dans les quinze premiers jours de séance de celle-ci suivant la prise du décret.

Entrée en vigueur du décret

(4) Un décret pris en vertu du paragraphe (1) ne peut entrer en vigueur que trente jours après l'envoi au gouvernement de la province concernée du texte du décret aux termes du paragraphe (3).

L.R. (1985), ch. C-6, art. 15; 1995, ch. 17, art. 38.

Reimposition of reductions or withholdings

16 In the case of a continuing failure to satisfy any of the criteria described in sections 8 to 12 or to comply with any condition set out in section 13, any reduction or withholding under section 15 of a cash contribution to a province for a fiscal year shall be reimposed for each succeeding fiscal year as long as the Minister is satisfied, after consultation with the minister responsible for health care in the province, that the default is continuing.

R.S., 1985, c. C-6, s. 16; 1995, c. 17, s. 39.

When reduction or withholding imposed

17 Any reduction or withholding under section 15 or 16 of a cash contribution may be imposed in the fiscal year in which the default that gave rise to the reduction or withholding occurred or in the following fiscal year.

R.S., 1985, c. C-6, s. 17; 1995, c. 17, s. 39.

Extra-billing and User Charges

Extra-billing

18 In order that a province may qualify for a full cash contribution referred to in section 5 for a fiscal year, no payments may be permitted by the province for that fiscal year under the health care insurance plan of the province in respect of insured health services that have been subject to extra-billing by medical practitioners or dentists.

1984, c. 6, s. 18.

User charges

19 (1) In order that a province may qualify for a full cash contribution referred to in section 5 for a fiscal year, user charges must not be permitted by the province for that fiscal year under the health care insurance plan of the province.

Limitation

(2) Subsection (1) does not apply in respect of user charges for accommodation or meals provided to an inpatient who, in the opinion of the attending physician, requires chronic care and is more or less permanently resident in a hospital or other institution.

1984, c. 6, s. 19.

Deduction for extra-billing

20 (1) Where a province fails to comply with the condition set out in section 18, there shall be deducted from the cash contribution to the province for a fiscal year an amount that the Minister, on the basis of information

Nouvelle application des réductions ou retenues

16 En cas de manquement continu aux conditions visées aux articles 8 à 12 ou à l'article 13, les réductions ou retenues de la contribution pécuniaire à une province déjà appliquées pour un exercice en vertu de l'article 15 lui sont appliquées de nouveau pour chaque exercice ultérieur où le ministre estime, après consultation de son homologue chargé de la santé dans la province, que le manquement se continue.

L.R. (1985), ch. C-6, art. 16; 1995, ch. 17, art. 39.

Application aux exercices ultérieurs

17 Toute réduction ou retenue d'une contribution pécuniaire visée aux articles 15 ou 16 peut être appliquée pour l'exercice où le manquement à son origine a eu lieu ou pour l'exercice suivant.

L.R. (1985), ch. C-6, art. 17; 1995, ch. 17, art. 39.

Surfacturation et frais modérateurs

Surfacturation

18 Une province n'a droit, pour un exercice, à la pleine contribution pécuniaire visée à l'article 5 que si, aux termes de son régime d'assurance-santé, elle ne permet pas pour cet exercice le versement de montants à l'égard des services de santé assurés qui ont fait l'objet de surfacturation par les médecins ou les dentistes.

1984, ch. 6, art. 18.

Frais modérateurs

19 (1) Une province n'a droit, pour un exercice, à la pleine contribution pécuniaire visée à l'article 5 que si, aux termes de son régime d'assurance-santé, elle ne permet pas pour cet exercice l'imposition d'aucuns frais modérateurs.

Réserve

(2) Le paragraphe (1) ne s'applique pas aux frais modérateurs imposés pour l'hébergement ou les repas fournis à une personne hospitalisée qui, de l'avis du médecin traitant, souffre d'une maladie chronique et séjourne de façon plus ou moins permanente à l'hôpital ou dans une autre institution.

1984, ch. 6, art. 19.

Déduction en cas de surfacturation

20 (1) Dans le cas où une province ne se conforme pas à la condition visée à l'article 18, il est déduit de la contribution pécuniaire à cette dernière pour un exercice un montant, déterminé par le ministre d'après les

provided in accordance with the regulations, determines to have been charged through extra-billing by medical practitioners or dentists in the province in that fiscal year or, where information is not provided in accordance with the regulations, an amount that the Minister estimates to have been so charged.

Deduction for user charges

(2) Where a province fails to comply with the condition set out in section 19, there shall be deducted from the cash contribution to the province for a fiscal year an amount that the Minister, on the basis of information provided in accordance with the regulations, determines to have been charged in the province in respect of user charges to which section 19 applies in that fiscal year or, where information is not provided in accordance with the regulations, an amount that the Minister estimates to have been so charged.

Consultation with province

(3) The Minister shall not estimate an amount under subsection (1) or (2) without first undertaking to consult the minister responsible for health care in the province concerned.

Separate accounting in Public Accounts

(4) Any amount deducted under subsection (1) or (2) from a cash contribution in any of the three consecutive fiscal years the first of which commences on April 1, 1984 shall be accounted for separately in respect of each province in the Public Accounts for each of those fiscal years in and after which the amount is deducted.

Refund to province

(5) Where, in any of the three fiscal years referred to in subsection (4), extra-billing or user charges have, in the opinion of the Minister, been eliminated in a province, the total amount deducted in respect of extra-billing or user charges, as the case may be, shall be paid to the province.

Saving

(6) Nothing in this section restricts the power of the Governor in Council to make any order under section 15.

1984, c. 6, s. 20.

When deduction made

21 Any deduction from a cash contribution under section 20 may be made in the fiscal year in which the matter that gave rise to the deduction occurred or in the following two fiscal years.

1984, c. 6, s. 21.

renseignements fournis conformément aux règlements, égal au total de la surfacturation effectuée par les médecins ou les dentistes dans la province pendant l'exercice ou, si les renseignements n'ont pas été fournis conformément aux règlements, un montant estimé par le ministre égal à ce total.

Déduction en cas de frais modérateurs

(2) Dans le cas où une province ne se conforme pas à la condition visée à l'article 19, il est déduit de la contribution pécuniaire à cette dernière pour un exercice un montant, déterminé par le ministre d'après les renseignements fournis conformément aux règlements, égal au total des frais modérateurs assujettis à l'article 19 imposés dans la province pendant l'exercice ou, si les renseignements n'ont pas été fournis conformément aux règlements, un montant estimé par le ministre égal à ce total.

Consultation de la province

(3) Avant d'estimer un montant visé au paragraphe (1) ou (2), le ministre se charge de consulter son homologue responsable de la santé dans la province concernée.

Comptabilisation

(4) Les montants déduits d'une contribution pécuniaire en vertu des paragraphes (1) ou (2) pendant les trois exercices consécutifs dont le premier commence le 1^{er} avril 1984 sont comptabilisés séparément pour chaque province dans les comptes publics pour chacun de ces exercices pendant et après lequel le montant a été déduit.

Remboursement à la province

(5) Si, de l'avis du ministre, la surfacturation ou les frais modérateurs ont été supprimés dans une province pendant l'un des trois exercices visés au paragraphe (4), il est versé à cette dernière le montant total déduit à l'égard de la surfacturation ou des frais modérateurs, selon le cas.

Réserve

(6) Le présent article n'a pas pour effet de limiter le pouvoir du gouverneur en conseil de prendre le décret prévu à l'article 15.

1984, ch. 6, art. 20.

Application aux exercices ultérieurs

21 Toute déduction d'une contribution pécuniaire visée à l'article 20 peut être appliquée pour l'exercice où le fait à son origine a eu lieu ou pour les deux exercices suivants.

1984, ch. 6, art. 21.

Regulations

Regulations

22 (1) Subject to this section, the Governor in Council may make regulations for the administration of this Act and for carrying its purposes and provisions into effect, including, without restricting the generality of the foregoing, regulations

- (a) defining the services referred to in paragraphs (a) to (d) of the definition *extended health care services* in section 2;
- (b) prescribing the services excluded from hospital services;
- (c) prescribing the types of information that the Minister may require under paragraph 13(a) and the times at which and the manner in which that information shall be provided; and
- (d) prescribing the manner in which recognition to the Canada Health Transfer is required to be given under paragraph 13(b).

Agreement of provinces

(2) Subject to subsection (3), no regulation may be made under paragraph (1)(a) or (b) except with the agreement of each of the provinces.

Exception

(3) Subsection (2) does not apply in respect of regulations made under paragraph (1)(a) if they are substantially the same as regulations made under the *Federal-Provincial Fiscal Arrangements Act*, as it read immediately before April 1, 1984.

Consultation with provinces

(4) No regulation may be made under paragraph (1)(c) or (d) unless the Minister has first consulted with the ministers responsible for health care in the provinces.

R.S., 1985, c. C-6, s. 22; 1995, c. 17, s. 40; 2012, c. 19, s. 410(E).

Report to Parliament

Annual report by Minister

23 The Minister shall, as soon as possible after the termination of each fiscal year and in any event not later than December 31 of the next fiscal year, make a report respecting the administration and operation of this Act for that fiscal year, including all relevant information on the extent to which provincial health care insurance

Règlements

Règlements

22 (1) Sous réserve des autres dispositions du présent article, le gouverneur en conseil peut, par règlement, prendre toute mesure d'application de la présente loi et, notamment :

- a) définir les services visés aux alinéas a) à d) de la définition de *services complémentaires de santé* à l'article 2;
- b) déterminer les services exclus des services hospitaliers;
- c) déterminer les genres de renseignements dont peut avoir besoin le ministre en vertu de l'alinéa 13a) et fixer les modalités de temps et autres de leur communication;
- d) prévoir la façon dont il doit être fait état du Transfert en vertu de l'alinéa 13b).

Consentement des provinces

(2) Sous réserve du paragraphe (3), il ne peut être pris de règlements en vertu des alinéas (1)a) ou b) qu'avec l'accord de chaque province.

Exception

(3) Le paragraphe (2) ne s'applique pas aux règlements pris en vertu de l'alinéa (1)a) s'ils sont sensiblement comparables aux règlements pris en vertu de la *Loi sur les arrangements fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces*, dans sa version précédant immédiatement le 1^{er} avril 1984.

Consultation des provinces

(4) Il ne peut être pris de règlements en vertu des alinéas (1)c) ou d) que si le ministre a au préalable consulté ses homologues chargés de la santé dans les provinces.

L.R. (1985), ch. C-6, art. 22; 1995, ch. 17, art. 40; 2012, ch. 19, art. 410(A).

Rapport au Parlement

Rapport annuel du ministre

23 Au plus tard pour le 31 décembre de chaque année, le ministre établit dans les meilleurs délais un rapport sur l'application de la présente loi au cours du précédent exercice, en y incluant notamment tous les renseignements pertinents sur la mesure dans laquelle les régimes provinciaux d'assurance-santé et les provinces ont

Canada Health
Report to Parliament
Section 23

plans have satisfied the criteria, and the extent to which the provinces have satisfied the conditions, for payment under this Act and shall cause the report to be laid before each House of Parliament on any of the first fifteen days on which that House is sitting after the report is completed.

1984, c. 6, s. 23.

Santé
Rapport au Parlement
Article 23

satisfait aux conditions d'octroi et de versement prévues à la présente loi; le ministre fait déposer le rapport devant chaque chambre du Parlement dans les quinze premiers jours de séance de celle-ci suivant son achèvement.

1984, ch. 6, art. 23.



CANADA

CONSOLIDATION

CODIFICATION

Extra-billing and User Charges Information Regulations

Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs

SOR/86-259

DORS/86-259

Current to December 11, 2017

À jour au 11 décembre 2017

Published by the Minister of Justice at the following address:
<http://laws-lois.justice.gc.ca>

Publié par le ministre de la Justice à l'adresse suivante :
<http://lois-laws.justice.gc.ca>

**OFFICIAL STATUS
OF CONSOLIDATIONS**

Subsections 31(1) and (3) of the *Legislation Revision and Consolidation Act*, in force on June 1, 2009, provide as follows:

Published consolidation is evidence

31 (1) Every copy of a consolidated statute or consolidated regulation published by the Minister under this Act in either print or electronic form is evidence of that statute or regulation and of its contents and every copy purporting to be published by the Minister is deemed to be so published, unless the contrary is shown.

...

Inconsistencies in regulations

(3) In the event of an inconsistency between a consolidated regulation published by the Minister under this Act and the original regulation or a subsequent amendment as registered by the Clerk of the Privy Council under the *Statutory Instruments Act*, the original regulation or amendment prevails to the extent of the inconsistency.

NOTE

This consolidation is current to December 11, 2017. Any amendments that were not in force as of December 11, 2017 are set out at the end of this document under the heading "Amendments Not in Force".

**CARACTÈRE OFFICIEL
DES CODIFICATIONS**

Les paragraphes 31(1) et (3) de la *Loi sur la révision et la codification des textes législatifs*, en vigueur le 1^{er} juin 2009, prévoient ce qui suit :

Codifications comme élément de preuve

31 (1) Tout exemplaire d'une loi codifiée ou d'un règlement codifié, publié par le ministre en vertu de la présente loi sur support papier ou sur support électronique, fait foi de cette loi ou de ce règlement et de son contenu. Tout exemplaire donné comme publié par le ministre est réputé avoir été ainsi publié, sauf preuve contraire.

[...]

Incompatibilité – règlements

(3) Les dispositions du règlement d'origine avec ses modifications subséquentes enregistrées par le greffier du Conseil privé en vertu de la *Loi sur les textes réglementaires* l'emportent sur les dispositions incompatibles du règlement codifié publié par le ministre en vertu de la présente loi.

NOTE

Cette codification est à jour au 11 décembre 2017. Toutes modifications qui n'étaient pas en vigueur au 11 décembre 2017 sont énoncées à la fin de ce document sous le titre « Modifications non en vigueur ».

TABLE OF PROVISIONS

Regulations Prescribing the Types of Information that the Minister of National Health and Welfare may Require under Paragraph 13(a) of the Canada Health Act in Respect of Extra-Billing and User Charges and the Times at which and the Manner in which such Information shall be Provided by the Government of each Province

- 1 Short Title
- 2 Interpretation
- 3 Types of Information
- 5 Times and Manner of Filing Information

TABLE ANALYTIQUE

Règlement déterminant les genres de renseignements dont peut avoir besoin le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social en vertu de l'alinéa 13a) de la Loi canadienne sur la santé quant à la surfacturation et aux frais modérateurs et fixant les modalités de temps et les autres modalités de leur communication par le gouvernement de chaque province

- 1 Titre abrégé
- 2 Définitions
- 3 Genre de renseignements
- 5 Communication de renseignements

Registration
SOR/86-259 February 27, 1986

CANADA HEALTH ACT

Extra-billing and User Charges Information Regulations

P.C. 1986-499 February 27, 1986

Whereas the Minister of National Health and Welfare has consulted with the Ministers responsible for health care in the provinces respecting proposed *Regulations prescribing the types of information that the Minister may require under paragraph 13(a) of the Canada Health Act in respect of extra-billing and user charges and the times at which and the manner in which such information shall be provided by the government of each province.*

Therefore, Her Excellency the Governor General in Council, on the recommendation of the Minister of National Health and Welfare, pursuant to paragraph 22(1)(c) of the *Canada Health Act*^{*}, is pleased hereby to make the annexed *Regulations prescribing the types of information that the Minister of National Health and Welfare may require under paragraph 13(a) of the Canada Health Act in respect of extra-billing and user charges and the times at which and the manner in which such information shall be provided by the government of each province, effective April 1, 1986.*

Enregistrement
DORS/86-259 Le 27 février 1986

LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ

Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs

C.P. 1986-499 Le 27 février 1986

Vu que le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social a consulté ses homologues chargés de la santé dans les provinces quant au projet de *Règlement déterminant les genres de renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs dont peut avoir besoin le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social en vertu de l'alinéa 13a) de la Loi canadienne sur la santé quant à la surfacturation et aux frais modérateurs et fixant les modalités de temps et les autres modalités de leur communication par le gouvernement de chaque province;*

À ces causes, sur avis conforme du ministre de la Santé nationale et du Bien-être social et en vertu de l'alinéa 22(1)c) de la *Loi canadienne sur la santé*^{*}, il plaît à Son Excellence le Gouverneur général en conseil de prendre, à compter du 1^{er} avril 1986, le *Règlement déterminant les genres de renseignements dont peut avoir besoin le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social en vertu de l'alinéa 13a) de la Loi canadienne sur la santé quant à la surfacturation et aux frais modérateurs et fixant les modalités de temps et les autres modalités de leur communication par le gouvernement de chaque province, ci-après.*

^{*} S.C. 1984, c. 6

^{*} S.C. 1984, ch. 6

Regulations Prescribing the Types of Information that the Minister of National Health and Welfare may Require under Paragraph 13(a) of the Canada Health Act in Respect of Extra-Billing and User Charges and the Times at which and the Manner in which such Information shall be Provided by the Government of each Province

Règlement déterminant les genres de renseignements dont peut avoir besoin le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social en vertu de l'alinéa 13a) de la Loi canadienne sur la santé quant à la surfacturation et aux frais modérateurs et fixant les modalités de temps et les autres modalités de leur communication par le gouvernement de chaque province

Short Title

1 These Regulations may be cited as the *Extra-billing and User Charges Information Regulations*.

Titre abrégé

1 *Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs.*

Interpretation

2 In these Regulations,

Act means the *Canada Health Act*; (*Loi*)

Minister means the Minister of National Health and Welfare; (*ministre*)

fiscal year means the period beginning on April 1 in one year and ending on March 31 in the following year. (*exercice*)

Définitions

2 Les définitions qui suivent s'appliquent au présent règlement.

exercice La période commençant le 1^{er} avril d'une année et se terminant le 31 mars de l'année suivante. (*fiscal year*)

Loi La *Loi canadienne sur la santé*. (*Act*)

ministre Le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social. (*Minister*)

Types of Information

3 For the purposes of paragraph 13(a) of the Act, the Minister may require the government of a province to provide the Minister with information of the following types with respect to extra-billing in the province in a fiscal year:

(a) an estimate of the aggregate amount that, at the time the estimate is made, is expected to be charged through extra-billing, including an explanation regarding the method of determination of the estimate; and

(b) a financial statement showing the aggregate amount actually charged through extra-billing, including an explanation regarding the method of determination of the aggregate amount.

4 For the purposes of paragraph 13(a) of the Act, the Minister may require the government of a province to

Genre de renseignements

3 Pour l'application de l'alinéa 13a) de la Loi, le ministre peut exiger que le gouvernement d'une province lui fournisse les renseignements suivants sur les montants de la surfacturation pratiquée dans la province au cours d'un exercice :

a) une estimation du montant total de la surfacturation, à la date de l'estimation, accompagnée d'une explication de la façon dont cette estimation a été obtenue;

b) un état financier indiquant le montant total de la surfacturation effectivement imposée, accompagné d'une explication de la façon dont cet état a été établi.

4 Pour l'application de l'alinéa 13a) de la Loi, le ministre peut exiger que le gouvernement d'une province lui

provide the Minister with information of the following types with respect to user charges in the province in a fiscal year:

- (a)** an estimate of the aggregate amount that, at the time the estimate is made, is expected to be charged in respect of user charges to which section 19 of the Act applies, including an explanation regarding the method of determination of the estimate; and
- (b)** a financial statement showing the aggregate amount actually charged in respect of user charges to which section 19 of the Act applies, including an explanation regarding the method of determination of the aggregate amount.

Times and Manner of Filing Information

5 (1) The government of a province shall provide the Minister with such information, of the types prescribed by sections 3 and 4, as the Minister may reasonably require, at the following times:

- (a)** in respect of the estimates referred to in paragraphs 3(a) and 4(a), before April 1 of the fiscal year to which they relate; and
- (b)** in respect of the financial statements referred to in paragraphs 3(b) and 4(b), before the sixteenth day of the twenty-first month following the end of the fiscal year to which they relate.

(2) The government of a province may, at its discretion, provide the Minister with adjustments to the estimates referred to in paragraphs 3(a) and 4(a) before February 16 of the fiscal year to which they relate.

(3) The information referred to in subsections (1) and (2) shall be transmitted to the Minister by the most practical means of communication.

fournisse les renseignements suivants sur les montants des frais modérateurs imposés dans la province au cours d'un exercice :

- a)** une estimation du montant total, à la date de l'estimation, des frais modérateurs visés à l'article 19 de la Loi, accompagnée d'une explication de la façon dont cette estimation a été obtenue;
- b)** un état financier indiquant le montant total des frais modérateurs visés à l'article 19 de la Loi effectivement imposés dans la province, accompagné d'une explication de la façon dont le bilan a été établi.

Communication de renseignements

5 (1) Le gouvernement d'une province doit communiquer au ministre les renseignements visés aux articles 3 et 4, dont le ministre peut normalement avoir besoin, selon l'échéancier suivant :

- a)** pour les estimations visées aux alinéas 3a) et 4a), avant le 1^{er} avril de l'exercice visé par ces estimations;
- b)** pour les états financiers visés aux alinéas 3b) et 4b), avant le seizième jour du vingt et unième mois qui suit la fin de l'exercice visé par ces états.

(2) Le gouvernement d'une province peut, à sa discrétion, fournir au ministre des ajustements aux estimations prévues aux alinéas 3a) et 4a), avant le 16 février de l'année financière visée par ces estimations.

(3) Les renseignements visés aux paragraphes (1) et (2) doivent être expédiés au ministre par le moyen de communication le plus pratique.

ANNEXE B

LETTRES D'INTERPRÉTATION DES POLITIQUES

Il existe deux énoncés de politiques qui précisent la position du gouvernement fédéral concernant la *Loi canadienne sur la santé*. Ces énoncés ont été présentés sous forme de lettres ministérielles par d'anciens ministres fédéraux de la Santé à leurs homologues provinciaux et territoriaux.

Lettre « Epp »

En juin 1985, environ un an après l'adoption de la *Loi canadienne sur la santé* au Parlement, le ministre fédéral de la Santé d'alors, Jake Epp, écrivait à ses homologues provinciaux et territoriaux afin de leur exposer et de confirmer la position fédérale sur l'interprétation et la mise en œuvre de la *Loi canadienne sur la santé*.

La lettre du ministre Epp faisait suite à plusieurs mois de consultations avec les provinces et les territoires. La lettre présente les énoncés de politique générale fédérale qui clarifient les critères, les conditions et les dispositions réglementaires de la *Loi canadienne sur la santé*. Ces éclaircissements ont été utilisés par le gouvernement fédéral dans l'évaluation et l'interprétation de la conformité à la Loi. La lettre Epp demeure une référence importante pour l'interprétation de la Loi.

Politique fédérale sur les cliniques privées

Entre février et décembre 1994 a eu lieu une série de sept réunions fédérales-provinciales-territoriales portant uniquement ou en partie sur les établissements privés. Il était question de la multiplication des cliniques privées offrant des services médicalement nécessaires financés en partie par le système public et en partie par les patients, et de leurs conséquences sur le système canadien de soins de santé universel et financé par l'État.

Lors de la réunion fédérale-provinciale-territoriale des ministres de la Santé, tenue à Halifax en septembre 1994, tous les ministres présents, à l'exception de celui de l'Alberta, ont convenu de « prendre les mesures qui s'imposaient pour réglementer le développement des cliniques privées au Canada ».

Le 6 janvier 1995, la ministre de la Santé, Diane Marleau, a écrit aux ministres provinciaux et territoriaux de la Santé pour annoncer la nouvelle politique fédérale sur les cliniques privées. La lettre de la ministre présentait l'interprétation fédérale de la *Loi canadienne sur la santé* en ce qui concerne l'imposition directe de frais d'établissement aux patients qui reçoivent des services médicaux nécessaires dans une clinique privée. La lettre stipulait aussi que la définition d'« hôpital » de la *Loi canadienne sur la santé* comprend tout établissement qui offre des soins actifs, de longue durée et de réadaptation. Ainsi, lorsqu'un régime provincial ou territorial d'assurance-santé paye les honoraires d'un médecin pour un service médicalement nécessaire offert dans une clinique privée, il doit également payer les frais d'établissement ou s'attendre à ce qu'une retenue soit faite sur les paiements de transfert du gouvernement fédéral.

Voici le texte de la lettre envoyée le 15 juillet 1985 au ministre des Affaires sociales du Québec par l'honorable Jake Epp, ministre de la Santé et du Bien-être social. (Nota : le ministre Epp a envoyé une lettre identique en anglais aux autres ministres provinciaux et territoriaux de la Santé le 18 juin 1985.)

Le 15 juillet 1985
OTTAWA, K1A 0K9

Monsieur le Ministre,

Maintenant que j'ai terminé ma ronde de consultations bilatérales au cours des derniers mois avec les ministres provinciaux et territoriaux de la Santé, de même que lors de la rencontre de Winnipeg les 16 et 17 mai, j'aimerais confirmer mes intentions relativement à l'interprétation et à la mise en œuvre de la *Loi canadienne sur la santé*. J'apprécierais plus particulièrement que vous me fassiez connaître par écrit vos vues au sujet des projets de règlements ci-joints afin que je puisse prendre les mesures nécessaires pour assurer leur promulgation dès que possible. Aussi, je vous écrirai plus longuement concernant les informations dont j'aurai besoin pour préparer le rapport annuel que je dois soumettre au Parlement.

Tel que souligné lors de notre réunion à Winnipeg, j'entends respecter la compétence des provinces pour tout ce qui touche à la santé et à la prestation des services de santé. Je sais, par conviction et par expérience, qu'on peut accomplir davantage dans l'harmonie et la collaboration que dans la discorde et l'affrontement.

En ce qui a trait à la *Loi canadienne sur la santé*, la conclusion qui s'impose à moi, à la suite de nos entretiens, c'est que nous sommes tous au même titre les dépositaires de la confiance du public et que nous nous sommes tous promis de conserver un système d'assurance-santé universel, complet, accessible et transférable, géré par un organisme public à l'avantage de tous les habitants du Canada, et que nous allons l'améliorer si c'est possible.

Nos échanges ont renforcé la conviction que j'avais déjà, à savoir que vous avez besoin de suffisamment de latitude et de souplesse administrative pour faire fonctionner vos régimes d'assurance-santé. Vous connaissez bien mieux que moi les besoins et les priorités des habitants de vos provinces par rapport aux facteurs géographiques et économiques. Il est essentiel, par ailleurs, que les provinces assument la responsabilité qui leur incombe en premier d'assurer les services de santé.

J'ai eu en même temps le sentiment que les provinces désirent que le gouvernement fédéral continue de jouer un rôle concret, tant sur le plan monétaire qu'autrement, afin de les aider dans leurs efforts pour tenter de réaliser les objectifs fondamentaux du système de soins: protéger, favoriser et restaurer le bien-être physique et mental des Canadiens. En tant que groupe, les ministres provinciaux et territoriaux de la Santé acceptent l'existence d'une association coopérative avec le gouvernement fédéral basée d'abord sur les contributions que ce dernier verse au titre des soins et des services complémentaires de santé assurés.

Je dirais peut-être aussi que la *Loi canadienne sur la santé* ne constitue pas la réponse aux défis devant lesquels nous nous trouvons pour ce qui est de l'appareil de santé. Il me tarde de travailler avec vous dans un esprit de collaboration afin que nous puissions relever des défis comme l'évolution rapide de la technologie médicale et le vieillissement de la population, et que nous arrivions à définir des stratégies de promotion de la santé ainsi que d'autres formules pour assurer les soins.

Pour revenir à la tâche immédiate que représente l'application de la *Loi canadienne sur la santé*, je veux établir quelques énoncés raisonnablement complets de politique générale fédérale, à commencer par chacun des critères contenus dans la mesure législative.

Gestion publique

Le critère de la gestion publique est généralement accepté. Le but est de laisser la gestion des régimes provinciaux d'assurance-santé à une autorité publique, responsable devant le gouvernement provincial des décisions prises au sujet des seuils de prestations et des services, et assujettie à la vérification de ses dossiers et de ses comptes par une autorité publique.

Intégralité

La *Loi canadienne sur la santé* n'a pas pour but d'étendre ou de réduire la gamme de services assurés prévue dans l'ancienne législation fédérale. Sont compris dans les services assurés les soins hospitaliers nécessaires de l'avis d'un médecin, les services médicaux et les services de chirurgie dentaire qui doivent obligatoirement être dispensés à l'hôpital. Les régimes provinciaux doivent couvrir le coût des services aux malades hospitalisés et des services aux malades externes associés à la prestation des soins actifs, des soins de réadaptation et des soins aux malades chroniques. Pour ce qui est des services médicaux, les services assurés englobent généralement les services exigés pour des raisons médicales dispensés par des médecins autorisés de même que les interventions de chirurgie dentaire qui exigent l'hôpital pour être pratiquées comme il se doit. Les services dispensés par les autres professionnels des soins, sauf ceux qui doivent fournir les services hospitaliers nécessaires, ne sont pas assujettis aux critères de la loi.

À l'intérieur de ces paramètres généraux, les provinces, de même que les médecins, ont le privilège et aussi la responsabilité de dire en quoi consistent les services médicaux nécessaires pour des raisons médicales. Ce sont aussi les provinces qui déterminent quels hôpitaux et quels services hospitaliers sont exigés pour fournir les soins actifs, les soins de réadaptation ou les soins aux malades chroniques.

Universalité

Le but de la *Loi canadienne sur la santé* est de garantir que tous les habitants reconnus d'une province ont droit à la protection et aux prestations en vertu d'un des douze régimes provinciaux ou territoriaux d'assurance-santé. Cependant les résidents éligibles ont la latitude et peuvent élire de ne pas adhérer au régime provincial.

L'accord sur l'admissibilité et la transférabilité fournit des directives utiles pour établir le domicile et déterminer les modalités qui permettent d'obtenir et de conserver la protection. Les dispositions en sont compatibles avec celles de la loi.

Je veux dire quelques mots au sujet des primes. Les provinces ont incontestablement le droit de prélever des impôts et la *Loi canadienne sur la santé* n'entrave pas ce droit. La loi n'interdit pas le système de primes en soi, pourvu que le régime provincial d'assurance-santé soit appliqué et géré de manière à ne pas refuser la protection ou empêcher l'accès aux services hospitaliers et aux services médicaux nécessaires pour les habitants reconnus d'une province. Les modalités administratives devraient être telles que les habitants ne soient pas privés de la protection parce qu'ils sont incapables de payer les primes.

Je suis conscient des problèmes auxquels font face certaines provinces dans le cas des touristes et des visiteurs qui peuvent avoir besoin de services de santé pendant leur séjour au Canada. Avec mes collègues du Cabinet, le ministre des Affaires extérieures et la ministre de l'emploi et de l'Immigration, je veux effectuer un examen de ce qui se fait actuellement pour que tous les moyens soient pris afin d'informer les visiteurs éventuels de la nécessité de se protéger en se procurant une assurance-santé suffisante avant d'entrer au Canada.

En somme, je crois qu'en notre qualité de ministres de la Santé, nous avons tous l'obligation de poursuivre l'objectif, autrement dit, faire en sorte que toutes les personnes dûment domiciliées dans une province obtiennent et conservent le droit aux services assurés, et cela selon des modalités uniformes.

Transférabilité

Les dispositions de la *Loi canadienne sur la santé* relatives à la transférabilité visent à fournir aux assurés une protection ininterrompue en vertu de leur régime d'assurance-santé quand ils s'absentent temporairement de la province où ils sont domiciliés ou quand ils se déplacent d'une province à une autre. Pendant un séjour temporaire dans une autre province, les habitants reconnus d'une province ne devraient pas être obligés de payer de leur poche pour obtenir les services hospitaliers ou médicaux nécessaires. Les fournisseurs de soins devraient avoir l'assurance de toucher des montants raisonnables à l'égard du coût de ces services.

Quant aux services assurés reçus pendant un séjour à l'étranger, le but est de garantir une indemnisation raisonnable au titre des services hospitaliers ou médicaux d'urgence qui sont nécessaires ou des services prescrits qui n'existent pas dans une province ou dans les provinces voisines. En général, les formules de paiement rattachées aux indemnités qui auraient été versées au titre des mêmes services dispensés dans une province pourraient être acceptées pour les besoins de la *Loi canadienne sur la santé*.

Dans mes entretiens avec les ministres provinciaux et territoriaux, j'ai senti un désir d'arriver aux objectifs souhaités en matière de transférabilité et de réduire au minimum les difficultés que les Canadiens peuvent rencontrer quand ils se déplacent au Canada. Je crois que les ministres de la Santé des provinces et des territoires sont tous désireux de voir à ce que ces services soient fournis de façon plus efficace et d'une manière plus économique pour que les Canadiens puissent conserver leur protection d'assurance-santé ou obtenir les prestations ou les services sans empêchement indu.

Des progrès appréciables ont été réalisés ces dernières années grâce aux accords de réciprocité qui permettent d'atteindre les objectifs de transférabilité visés par la *Loi canadienne sur la santé* en ce qui a trait à la protection à l'intérieur du Canada. Ces accords ne font pas obstacle aux droits et privilèges des provinces quand il s'agit de déterminer quels sont les services rendus dans une autre province et d'en prévoir l'indemnisation. Ils n'empêchent pas non plus les provinces d'exercer un contrôle raisonnable par le moyen de l'approbation préalable des interventions facultatives. Mais je reconnais qu'il y a encore du travail à faire relativement aux modalités de paiement entre les provinces pour atteindre cet objectif, surtout par rapport aux services des médecins.

Je suis bien conscient que toutes les difficultés ne peuvent être résolues du jour au lendemain et qu'il faudra allouer assez de temps pour que les régimes provinciaux arrivent à ne pas exiger de frais directs des malades pour les services hospitaliers et les services médicaux nécessaires fournis dans les autres provinces.

Quant aux services nécessaires fournis à l'étranger, j'ai confiance que nous pouvons établir des normes acceptables d'indemnisation au titre des services médicaux et des services hospitaliers essentiels. La Loi ne définit pas de formule particulière et je serais heureux de connaître vos vues à ce sujet.

Pour que nos efforts s'harmonisent, je proposerais de demander au Comité consultatif fédéral-provincial des services médicaux et des services en établissement d'examiner différentes possibilités et de présenter d'ici un an des solutions pour atteindre ces objectifs.

Accessibilité raisonnable

La Loi est assez claire à l'égard de certains aspects de l'accessibilité. Ce qu'elle cherche à faire, c'est de décourager la pratique voulant que des frais soient exigés sur-le-champ pour les services assurés fournis aux assurés et d'empêcher que s'exercent de fâcheuses distinctions à l'égard d'un groupe de population en ce qui a trait à la facturation des services ou de l'usage nécessaire des services assurés. La Loi met en même temps l'accent sur l'association qui doit exister entre les fournisseurs des services assurés et les gestionnaires des régimes provinciaux, exigeant que les régimes provinciaux comportent des mécanismes raisonnables de paiement ou d'indemnisation pour que les usagers aient un accès raisonnable aux services. Je veux souligner de nouveau mon intention de respecter les privilèges des provinces relativement à l'organisation, à l'émission d'un permis d'exercice, à l'offre, à la répartition de la main-d'œuvre, ainsi qu'à l'affectation des ressources et aux priorités dans le cas des services assurés. Je tiens à vous assurer que le gouvernement fédéral ne recourra pas à la disposition relative à l'accès raisonnable pour intervenir directement dans des questions comme l'existence matérielle ou géographique des services ou la régie par les provinces des établissements et des professions qui fournissent les services assurés. Les grandes questions ayant trait à l'accès aux services de santé me seront inévitablement signalées. Je veux vous donner l'assurance que mon Ministère travaillera par l'intermédiaire des bureaux des ministres provinciaux et territoriaux, et de concert avec eux, afin de régler ces questions.

Mon but en vous faisant part de mes intentions au sujet des critères contenus dans la *Loi canadienne sur la santé*, c'est de nous permettre de travailler ensemble à définir notre système national d'assurance-santé. Je crois que si nous poursuivons le dialogue, si nous sommes favorables à l'idée d'échanger des renseignements et que nous voulons le faire, et si nous comprenons bien de part et d'autre les règles du jeu, nous pouvons mettre en œuvre la Loi sans animosité et sans conflit. Je préférerais que les ministres provinciaux et territoriaux aient eux-mêmes une possibilité d'interpréter les critères de la *Loi canadienne sur la santé* et de les appliquer à leurs régimes d'assurance-santé respectifs. Je crois également que les ministres de la Santé des provinces et des territoires comprennent et acceptent tous que j'ai des comptes à rendre au Parlement du Canada, et que je dois notamment présenter tous les ans un rapport sur le fonctionnement des régimes provinciaux d'assurance-santé en ce qui a trait au respect de ces critères fondamentaux.

Conditions

Cela m'amène aux conditions relatives à l'obligation de reconnaître les contributions fédérales et à celles de fournir des renseignements, l'une et l'autre pouvant être précisées dans le règlement. À ce propos, je veux me guider sur les principes suivants :

- (1) faire le moins de règlements possibles et seulement si c'est absolument nécessaire;
- (2) compter sur la bonne volonté des ministres pour reconnaître comme il se doit le rôle et la contribution du gouvernement fédéral et pour fournir de plein gré les renseignements nécessaires afin d'exécuter la loi et de faire rapport au Parlement;
- (3) recourir à la concertation et à l'échange de renseignements qui nous profitent mutuellement comme moyens privilégiés pour mettre en œuvre et faire appliquer la *Loi canadienne sur la santé*;
- (4) utiliser les mécanismes qui existent déjà pour échanger des renseignements à l'avantage mutuel de nos administrations.

En ce qui a trait à la reconnaissance des contributions fédérales à la santé par les gouvernements provinciaux et territoriaux, je suis convaincu que nous pouvons normalement arriver sans peine à nous entendre sur la solution appropriée. À mon avis, la meilleure formule, c'est de montrer qu'en tant que ministres de la Santé, nous travaillons ensemble dans l'intérêt du contribuable et du malade.

À l'égard de l'information, je m'en tiens à l'engagement que j'ai pris d'améliorer si possible les systèmes nationaux de données déjà en place, et cela dans un esprit de collaboration et de coopération. Ces systèmes servent à plus d'une fin et fournissent au gouvernement fédéral aussi bien qu'aux autres organismes et au grand public des données essentielles sur notre appareil de soins et l'état de santé de notre population. J'entrevois la poursuite d'un travail en association qui permettra d'améliorer les systèmes d'information sanitaire dans des domaines comme les taux de morbidité et de mortalité, l'état de santé, le fonctionnement des services de santé et leur utilisation, le coût et le financement des soins.

Je crois fermement que le gouvernement fédéral n'a pas besoin de réglementer ces questions. Je n'ai donc pas l'intention de recourir au pouvoir de réglementation pour ce qui est des renseignements exigés en vertu de la *Loi canadienne sur la santé* quand il s'agit d'étendre ou de modifier les systèmes généraux de données et les échanges de renseignements. Afin que l'information relative à la *Loi canadienne sur la santé* circule le plus économiquement possible, je vois seulement deux mécanismes particuliers, et essentiels, de transfert des données :

- (1) des estimations et des bilans sur la surfacturation et les frais modérateurs;
- (2) un bilan provincial annuel (peut-être sous la forme d'une lettre qui me sera envoyée) à présenter à peu près six mois après la fin de l'exercice financier, décrivant le fonctionnement des régimes provinciaux respectifs d'assurance-santé par rapport aux critères et aux conditions de la *Loi canadienne sur la santé*.

Au sujet du premier point, je propose d'établir des règlements dont le contenu sera identique à celui des règlements qui ont été acceptés pour 1985-86. Vous trouverez un projet de règlements joint à titre d'annexe I. Pour aider à préparer le bilan provincial annuel auquel je fais allusion au deuxième point, j'ai élaboré des directives générales qui constituent l'annexe II. Au-delà de ces documents bien précis, j'ai confiance que l'échange spontané et mutuellement bénéfique d'éléments tels que les lois, les règlements et les descriptions de programmes se poursuivra.

Une question a été soulevée au cours de nos entretiens antérieurs que nous avons eus au début, à savoir si les estimations ou les retenues en ce qui a trait aux frais modérateurs et à la surfacturation devraient être fondées sur les « montants facturés » ou sur les « montants perçus ». La Loi établit clairement que les retenues doivent être basées sur les montants facturés. Or, en ce qui a trait aux frais modérateurs, des régimes provinciaux acquittent les frais indirectement pour certaines personnes. Lorsqu'il est nettement démontré qu'un régime provincial rembourse aux fournisseurs de soins le montant facturé mais ne le perçoit pas, disons à l'égard des bénéficiaires de l'aide sociale ou dans le cas des comptes impayés, il faudra rajuster en conséquence les estimations et les retenues.

Je veux insister sur le fait que lorsqu'un régime provincial n'autorise pas les frais modérateurs, tout le système doit être conforme au but du critère de l'accessibilité raisonnable énoncé [dans cette lettre].

Règlements

En plus de ceux qui visent la reconnaissance du rôle fédéral et les renseignements à fournir, dont il est question précédemment, la loi prévoit l'établissement de règlements ayant rapport aux services hospitaliers exclus et de règlements relatifs à la définition des services complémentaires de santé.

Vous êtes au courant que la loi spécifie que chacune des provinces doit être consultée et qu'il doit y avoir entente au sujet des règlements. Les discussions que j'ai eues avec vous n'ont fait ressortir que certaines inquiétudes au sujet de l'ensemble provisoire de services exclus des règlements sur les services hospitaliers, ci-joint.

De même, je n'ai pas perçu d'inquiétude au sujet du projet de règlements qui définit les services complémentaires de santé. Ces règlements aident à fournir des précisions pour que les provinces puissent interpréter la loi et gérer les régimes et programmes en cours. Ils ne modifient pas sensiblement ou en substance ceux qui ont été en vigueur pendant huit ans en vertu de la partie IV de la Loi de 1977 sur les contributions à l'enseignement postsecondaire et à la santé. Il se pourrait bien, cependant, quand nous commencerons à examiner les défis à relever dans le domaine des soins, que nous devions songer à revoir ces définitions.

J'ai voulu par cette lettre essayer d'établir des règles de base souples, raisonnables et claires pour faciliter à l'échelon provincial, aussi bien qu'à l'échelon fédéral, l'administration de la *Loi canadienne sur la santé*. J'ai voulu englober beaucoup de questions, dont l'interprétation des critères, la position fédérale au sujet des conditions et les projets de règlements. Je suis évidemment conscient qu'une lettre de cette sorte ne peut pas traiter de chacun des points qui préoccupent chaque ministre de la Santé. Il est donc essentiel qu'un dialogue et que la communication se poursuivent.

En terminant, laissez-moi vous remercier de l'aide que vous avez apportée pour en arriver à ce que je crois être un point de vue généralement accepté en ce qui a trait à l'interprétation et à l'application de la Loi. Tel que mentionné au début de cette lettre, je vous saurais gré de me signaler par écrit, sous peu vos vues sur les projets de règlements ci-joints. J'ai l'intention de vous écrire bientôt au sujet de l'échange volontaire de renseignements dont nous avons discuté, relativement à l'administration de la Loi et du rapport à présenter au Parlement.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de ma considération distinguée.

Jake Epp

[Voici le texte de la lettre envoyée le 6 janvier 1995 à tous les ministres provinciaux et territoriaux de la Santé par l'honorable Diane Marleau, ministre de la Santé.]

Le 6 janvier 1995

Cher collègue,

Objet : la *Loi canadienne sur la santé*

La *Loi canadienne sur la santé* est en vigueur depuis un peu plus d'une décennie. Les principes énoncés dans la loi (gestion publique, intégralité, universalité, transférabilité et accessibilité) continuent d'être appuyés par tous les gouvernements provinciaux et territoriaux et par la grande majorité des Canadiens et des Canadiennes. Mais l'érosion possible du système de santé canadien administré et financé par le secteur public suscite des craintes, et il est essentiel de prendre les moyens nécessaires pour préserver ces principes.

Il est clair à la suite de la réunion de Halifax tenue récemment, que plusieurs ministres de la Santé sont préoccupés par une tendance à interpréter la Loi de façons divergentes. J'aborderai d'autres questions à la fin de la présente lettre à cet égard. Toutefois, ma préoccupation principale concerne les cliniques privées et les frais d'établissement qu'elles perçoivent auprès de leurs patients. C'est un problème qui n'est pas nouveau pour les ministres de la Santé. Il a fait l'objet d'importantes discussions lors de notre réunion à Halifax l'an dernier. Pour les raisons que j'expose dans cette lettre, je suis convaincue que la prolifération d'un « second palier » d'établissements, exploités entièrement ou dans une large mesure en dehors du système de santé administré et financé par des fonds publics, et dispensant des services médicalement nécessaires, constitue une menace sérieuse pour le système de soins de santé du Canada.

Plus précisément, et plus directement, je considère que les frais d'établissement exigés par les cliniques privées pour des services médicalement nécessaires représentent un problème sérieux qui doit être réglé. Selon moi, de tels frais constituent des frais modérateurs et à ce titre, ils contreviennent au principe de l'accessibilité de la *Loi canadienne sur la santé*.

Bien que ces frais d'établissement ne soient pas définis dans la loi fédérale, ni dans les dispositions législatives de la plupart des provinces, ce terme renvoie aux montants d'argent qui peuvent être exigés pour des services de type hospitalier dispensés en clinique et qui ne sont pas remboursés par la province, par opposition aux services fournis par un médecin. Lorsque ces frais d'établissement sont imposés pour des services médicalement nécessaires dispensés dans une clinique qui reçoit, par ailleurs, en vertu du régime d'assurance-santé de la province, des fonds publics pour la prestation de ces services, ces frais constituent un obstacle financier à l'accessibilité des services. Ils enfreignent par conséquent la disposition de la loi relative aux frais modérateurs (article 19).

Les frais d'établissement sont, à mon avis, inacceptables parce qu'ils limitent l'accès aux services médicalement nécessaires. De plus, lorsque des cliniques qui reçoivent des fonds publics pour dispenser des services médicalement nécessaires exigent en supplément des frais d'établissement, les personnes qui ont les moyens de payer de tels frais sont directement subventionnées par tous les autres Canadiens et Canadiennes. Il m'apparaît tout à fait inacceptable de subventionner de la sorte un système de santé à deux paliers.

Ma position sur les frais d'établissement repose sur deux arguments. Le premier touche la politique en matière de santé. Dans le contexte actuel de la prestation des services de santé, une interprétation qui permet l'imposition de frais d'établissement pour des services médicalement nécessaires alors que le régime d'assurance-santé de la province couvre les honoraires du médecin va à l'encontre de l'esprit et de l'objet de la Loi. Autrefois, de nombreux services médicaux exigeaient un séjour à l'hôpital; maintenant, grâce aux progrès de la technologie médicale et à la tendance à dispenser des services dans des endroits plus accessibles, il est possible d'offrir une vaste gamme de soins ou de services ambulatoires à l'extérieur du cadre hospitalier traditionnel. Le critère de la loi relatif à l'accessibilité, critère dont la disposition sur les frais modérateurs ne constitue qu'un exemple, avait, de toute évidence, pour objet de veiller à ce que les résidents du Canada reçoivent tous les services de santé médicalement nécessaires, sans obstacle financier ou autre, et quel que soit l'endroit où ces services sont dispensés. Ce critère doit conserver son sens initial quelle que soit la façon dont l'exercice de la médecine évolue.

Le deuxième argument relève de l'interprétation juridique. La définition du terme « hôpital » prévue dans la loi comprend tout établissement qui offre des soins hospitaliers aux personnes souffrant de maladie aiguë ou chronique ou exigeant des services de réadaptation. Cette définition couvre aussi les établissements de soins de santé connus sous le nom de « clinique ». Pour des raisons touchant à la fois la politique et l'interprétation juridique, je considère donc que lorsqu'un régime d'assurance-santé provincial prévoit le paiement d'honoraires de médecin pour des services médicalement nécessaires dispensés dans une clinique, il doit également prévoir le paiement des services (hospitaliers) connexes associés à la prestation de ces services, sans quoi la province en question devra s'attendre à l'application de déductions correspondant au total des frais modérateurs.

Je me rends bien compte que cette interprétation nécessitera certaines modifications, particulièrement dans les provinces où des cliniques exigent actuellement des frais d'établissement applicables à des services de santé médicalement nécessaires. Afin d'éviter des difficultés qui pourraient être jugées déraisonnables, je fixe au 15 octobre 1995 la date de mise en application de cette interprétation. Les provinces disposeront ainsi du temps requis pour mettre en place les dispositions législatives ou réglementaires qui s'imposent. À compter du 15 octobre 1995, toutefois, je commencerai à déduire des paiements de transfert toute somme exigée pour des frais d'établissement lorsque des services de santé médicalement nécessaires sont en cause, comme le prévoit l'article 20 de la *Loi canadienne sur la santé*. À mon avis, les provinces bénéficieront ainsi d'une période de transition raisonnable étant donné qu'elles sont maintenant saisies de mes préoccupations concernant les cliniques privées, et compte tenu des progrès déjà réalisés par le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur les services de santé qui se penche sur la question des cliniques privées depuis déjà un bon moment.

Je tiens à préciser que je ne cherche pas à empêcher l'utilisation de cliniques pour dispenser des services de santé médicalement nécessaires. Je sais que dans bien des cas, elles représentent un moyen efficace d'offrir des services de santé à moindre coût, et souvent en ayant recours à des techniques avancées. J'entends, par contre, veiller à ce que les services de santé médicalement nécessaires soient dispensés suivant des modalités uniformes et cela, quel que soit l'endroit où ils sont offerts. Les principes de la *Loi canadienne sur la santé* sont suffisamment souples pour permettre l'évolution de la médecine et de la prestation des soins de santé. Cependant, cette évolution ne saurait mener à la création d'un système de santé à deux paliers.

Comme je l'ai déjà mentionné dans cette lettre, même si la question des frais modérateurs constitue ma préoccupation immédiate, je m'inquiète également des questions plus générales soulevées par la prolifération des cliniques privées. Je crains que cette prolifération ne se traduise, à plus ou moins long terme, par une érosion de notre système de santé public, ce qui aurait pour résultat de limiter l'accès dont jouit la population canadienne aux services de santé médicalement nécessaires. L'énoncé de politique auquel la réunion d'Halifax a donné lieu, témoigne bien de ces préoccupations. Les ministres de la Santé présents, à l'exception de la ministre de l'Alberta, ont convenu :

d'entreprendre toute démarche qui pourrait être nécessaire pour réglementer l'établissement des cliniques privées au Canada et maintenir un régime d'assurance-santé de grande qualité par les gouvernements.

La question des cliniques privées soulève de nombreuses préoccupations au sein du gouvernement fédéral, préoccupations que les provinces partagent. On s'inquiète entre autres :

- › de l'affaiblissement de l'appui du public au système de santé administré et financé par l'État;
- › de la diminution de la capacité des gouvernements de contrôler les coûts de la santé une fois que ceux-ci sont passés du secteur public au secteur privé;
- › de la possibilité, comme en fait foi l'expérience vécue ailleurs, que les établissements privés concentrent leurs efforts sur les actes médicaux les plus faciles, laissant aux établissements publics le soin de s'occuper des cas plus complexes et plus coûteux;
- › de la capacité qu'ont les établissements privés d'offrir aux professionnels de la santé des encouragements financiers susceptibles de les inciter à se désengager du système de santé public (incitant ces établissements à mobiliser leurs ressources financières afin d'attirer les consommateurs, plutôt que d'améliorer la qualité des soins offerts).

Le seul moyen de composer efficacement avec ces préoccupations consiste à réglementer l'exploitation des cliniques privées.

Je demande donc aux ministres de la Santé des provinces qui ne l'ont pas encore fait d'établir des cadres réglementaires régissant l'exploitation des cliniques privées. J'aimerais souligner que même si je me préoccupe surtout de l'élimination des frais modérateurs, il est tout aussi important que ces cadres réglementaires soient mis en place pour assurer un accès raisonnable aux services de santé médicalement nécessaires et pour favoriser la viabilité du système de santé financé et administré par l'État. À mon avis, il faut procéder sans tarder à leur mise en œuvre.

N'hésitez pas à prendre contact avec moi pour des éclaircissements au sujet de ma position sur les cliniques privées et les frais d'établissement. Mes fonctionnaires, quant à eux, sont prêts à rencontrer les vôtres quand ils le souhaiteront pour en discuter. Il faudrait d'ailleurs selon moi, que nos fonctionnaires se concentrent, au cours des prochaines semaines, sur les préoccupations plus générales concernant les cliniques privées.

Comme je l'ai mentionné au début de la présente lettre, la *Loi canadienne sur la santé* fait l'objet d'interprétations divergentes touchant un bon nombre d'autres pratiques. Je préfère généralement que les problèmes touchant l'interprétation de la Loi soient résolus par consensus fédéral-provincial-territorial en tenant compte des principes fondamentaux de la Loi. J'ai, par conséquent, encouragé les deux paliers de gouvernement à tenir des consultations dans tous les cas où il y avait de tels désaccords. En ce qui a trait à des situations telles que la couverture des frais médicaux engagés hors de la province de résidence ou à l'étranger, j'ai l'intention de poursuivre les consultations dans la mesure où elles sont susceptibles de mener à des conclusions satisfaisantes, dans des délais raisonnables.

En terminant, j'aimerais citer monsieur le juge Emmett M. Hall qui nous rappelait en 1980 que :

« Dans notre société, le traumatisme causé par les maladies, la douleur engendrée par les opérations chirurgicales et le lent acheminement vers la mort constituent suffisamment de fardeaux sans avoir à y ajouter celui qui provient des frais médicaux et hospitaliers frappant le malade au moment où il est vulnérable. »

Je suis convaincue, qu'en gardant cet avis à l'esprit, nous continuerons de conjuguer nos efforts en vue de sauvegarder et de renouveler ce qui pourrait bien être notre plus remarquable projet social.

Enfin, comme les questions traitées dans la présente lettre revêtent une importance certaine pour les Canadiens et Canadiennes, je compte la rendre publique une fois que tous les ministres provinciaux et territoriaux de la Santé l'auront reçue.

Veuillez agréer, cher collègue, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Diane Marleau
Ministre de la Santé

ANNEXE C

PROCESSUS DE PRÉVENTION ET DE RÈGLEMENT DES DIFFÉRENDS LIÉS À LA LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ

En avril 2002, l'honorable A. Anne McLellan décrivait, dans une lettre qu'elle adressait à ses homologues provinciaux et territoriaux, un processus de prévention et de règlement des différends reliés à la *Loi canadienne sur la santé* dont avaient convenu l'ensemble des provinces et des territoires à l'exception du Québec. Le processus permet de satisfaire au désir des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux de prévenir les différends reliés à l'interprétation des principes de la *Loi canadienne sur la santé* et, lorsqu'il est impossible d'y parvenir, de les régler d'une façon équitable, transparente et opportune.

Le processus comprend des activités de règlement des différends liés à l'échange de renseignements entre les gouvernements; la discussion et la clarification des questions, dès qu'elles sont soulevées; la participation active des gouvernements aux comités spéciaux fédéraux-provinciaux- territoriaux des questions liées à la *Loi canadienne sur la santé*; ainsi que des évaluations préalables, si celles-ci sont demandées.

Si les activités de prévention des différends échouent, des activités de règlement des différends peuvent être amorcées, et ce, en commençant par des activités de détermination des faits et des négociations entre les gouvernements. Si ces activités se révèlent infructueuses, l'un des ministres de la Santé visés peut reporter les questions à un groupe tiers pour qu'il entreprenne la détermination des faits et fournisse conseils et recommandations.

La ministre fédérale de la Santé détient le pouvoir final de décision en ce qui concerne l'interprétation et l'application de la *Loi canadienne sur la santé*. En décidant si elle doit invoquer les dispositions de non-conformité de la loi, la ministre prendra en considération le rapport du groupe.

En septembre 2004, l'accord conclu entre les provinces et les territoires en 2002 a été officialisé par les premiers ministres, réitérant ainsi leur engagement concernant l'utilisation du Processus de prévention et de règlement des différends de la *Loi canadienne sur la santé* pour régler les questions d'interprétation associées à la loi.

Vous trouverez dans les pages suivantes le texte intégral de la lettre de la ministre McLellan à l'honorable Gary Mar, ainsi qu'un feuillet d'information sur le processus de prévention et de règlement des différends liés à la *Loi canadienne sur la santé*.

Le 2 avril 2002

L'honorable Gary Mar
Ministre de la Santé et du Mieux-être
Province de l'Alberta
Édifice Legislature, pièce 323
Edmonton (Alberta)
T5K 2B6

Monsieur,

La présente fait suite à mon engagement d'avancer à aller de l'avant avec le processus de prévention et de règlement des différends liés à l'interprétation des principes de la *Loi canadienne sur la santé*.

Je comprends que les gouvernements des provinces et des territoires tiennent à ce qu'une tierce partie fournisse des avis et des recommandations lorsque des divergences d'interprétation de la *Loi canadienne sur la santé* se produisent. Ce point a été intégré au processus de Prévention et règlement des différends liés à la *Loi canadienne sur la santé* qui est exposé ci-dessous. Je crois que ce processus nous permettra de prévenir ou de régler, de façon équitable, transparente et rapide, les problèmes d'interprétation des principes de la *Loi canadienne sur la santé*.

Prévention des différends

Le meilleur moyen de résoudre les différends liés à la *Loi canadienne sur la santé* est d'abord de prévenir qu'ils se produisent. Le gouvernement n'a eu recours qu'exceptionnellement aux pénalités et seulement lorsque toutes les tentatives pour régler le litige se sont révélées infructueuses. La prévention des différends a produit de bons résultats pour nous par le passé et elle pourra servir nos intérêts communs à l'avenir. Par conséquent, il est important que les gouvernements continuent de participer activement à des comités fédéraux-provinciaux-territoriaux spéciaux sur les questions relatives à la *Loi canadienne sur la santé* et d'entreprendre, de gouvernement à gouvernement, des échanges d'information, des discussions et des efforts de clarification des questions à mesure qu'elles surgiront.

En outre, Santé Canada s'engage à fournir, à la demande d'une province ou d'un territoire, des évaluations préalables.

Règlement des différends

Lorsque les activités visant à prévenir un différend entre le gouvernement fédéral et un gouvernement provincial ou territorial se sont révélées infructueuses, l'un ou l'autre des ministres de la Santé concernés peut déclencher le processus de règlement des différends en rédigeant, à l'intention de son homologue, une lettre dans laquelle il expose la question litigieuse. Une fois entrepris, le processus de règlement des différends devra être complété avant de prendre toute mesure en vertu des dispositions de la *Loi canadienne sur la santé* relatives à la non-conformité.

Tout d'abord, dans les 60 jours suivant la date de la lettre de déclenchement du processus, les gouvernements qui seront parties au différend feront conjointement ce qui suit :

- › ils recueilleront et mettront en commun tous les faits pertinents;
- › ils rédigeront un rapport sur l'établissement des faits;
- › ils négocieront en vue de résoudre la question litigieuse;
- › ils rédigeront un rapport sur la façon utilisée pour régler la question.

Toutefois, s'il advenait qu'on ne s'entende pas sur les faits ou que les négociations ne mènent pas au règlement de la question, l'un ou l'autre des ministres de la Santé concernés par le différend pourra déclencher le processus visant à référer la question à une tierce partie en écrivant à son homologue. Un comité spécial sera constitué dans les 30 jours qui suivront la date de cette lettre. Il se composera d'une personne désignée par la province ou le territoire ainsi que d'une personne désignée par le gouvernement fédéral. Ces deux personnes choisiront ensemble un président. Le comité spécial évaluera la question litigieuse conformément aux dispositions de la *Loi canadienne sur la santé*, entreprendra l'établissement des faits et formulera des conseils et des recommandations. Il présentera ensuite un rapport sur la question aux gouvernements en cause dans les 60 jours qui suivront la création du groupe.

Le ministre de la Santé du Canada détient l'autorité ultime en ce qui concerne l'interprétation et l'application de la *Loi canadienne sur la santé*. Avant de décider s'il invoquera les dispositions de la *Loi canadienne sur la santé* relatives à la non-conformité, le ministre de la Santé du Canada prendra le rapport du comité spécial en considération.

Rapports publics

Les gouvernements divulgueront au public les activités de prévention et de règlement des différends liés à la *Loi canadienne sur la santé*, y compris tout rapport d'un comité spécial.

J'estime que le gouvernement du Canada a donné suite aux engagements pris dans l'accord de septembre 2000 en matière de santé en fournissant 21,1 milliards de dollars au moyen du cadre financier et en collaborant dans d'autres domaines cernés dans l'accord. Je m'attends à ce que tous les premiers ministres provinciaux et territoriaux, ainsi que leurs ministres de la Santé, respectent le cadre d'imputabilité à l'égard du système de santé qu'ils ont accepté en septembre 2000. Le travail de nos représentants au sujet des indicateurs de rendement a été marqué par la collaboration et l'efficacité jusqu'à maintenant. La population canadienne s'attendra à ce que nous lui rendions des comptes au sujet de tous les indicateurs d'ici la date qui a été convenue, soit septembre 2002. Bien qu'un certain nombre de gouvernements, à ce que je sache, ne pourront peut-être pas rendre compte avec précision de tous les indicateurs d'ici cette date, l'obligation de rendre des comptes à la population canadienne est une composante essentielle de nos efforts pour renouveler notre système de santé. Il m'apparaît très important que les gouvernements travaillent à rendre des comptes au sujet de tous les indicateurs.

De plus, j'espère que tous les gouvernements provinciaux et territoriaux participeront au processus d'examen conjoint que tous les premiers ministres signataires de l'entente-cadre sur l'union sociale avaient convenu de faire et termineront ce processus.

Le processus de prévention et de règlement des différends liés à la *Loi canadienne sur la santé* exposé dans la présente lettre est clair et simple. Si, plus tard, des modifications s'avéraient nécessaires, je m'engage à examiner le processus avec vous et les autres ministres provinciaux et territoriaux de la Santé. en procédant ainsi, nous démontrerons aux Canadiens et Canadiennes que nous sommes déterminés à renforcer et à préserver l'assurance-santé en prévenant et en réglant rapidement et équitablement les différends liés à la *Loi canadienne sur la santé*.

Je vous prie d'agréer, Monsieur, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

A. Anne McLellan

FICHE D'INFORMATION : PROCESSUS DE PRÉVENTION ET DE RÈGLEMENT DES DIFFÉRENDS LIÉS À LA LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ

PORTÉE

Les dispositions décrites s'appliquent à l'interprétation des principes de la *Loi canadienne sur la santé*.

PRÉVENTION DES DIFFÉRENDS

Afin d'éviter et de prévenir les différends, les gouvernements continueront :

- › de participer activement des comités fédéraux-provinciaux- territoriaux spéciaux sur les litiges liés la *Loi canadienne sur la santé*;
- › d'utiliser un processus bilatéral d'échange d'information, de discussion et de clarification lorsque des conflits surviennent

Santé Canada s'engage à présenter des évaluations préalables aux provinces et aux territoires qui en font la demande.

RÈGLEMENT DES DIFFÉRENDS

Règlement des différends lorsque la prévention des différends entre le gouvernement fédéral et un gouvernement provincial ou territorial n'a mené à rien, n'importe quel ministre de la Santé touché peut mettre en œuvre le règlement des différends en écrivant à son homologue. La lettre comprendra une description du différend. S'il est mis en œuvre, le règlement des différends précédera toute mesure prise en vertu du non-respect des dispositions de la loi.

En guise de première étape, les gouvernements touchés acceptent d'effectuer conjointement ce qui suit dans les 60 jours suivant la date de la lettre :

- › recueillir et partager tous les faits pertinents;
- › rédiger un rapport d'établissement des faits;
- › négocier en vue de régler le conflit;
- › rédiger un rapport expliquant comment on a résolu le conflit.

Si l'on ne s'entend pas quant aux faits ou si les négociations échouent, n'importe quel ministre de la Santé engagé dans le conflit peut mettre en œuvre le processus de renvoi du litige à un comité en écrivant à son homologue.

- › Dans les 30 jours suivant la date de la lettre, un comité sera établi. Le comité sera formé d'un représentant nommé par le gouvernement provincial ou territorial et un représentant nommé par le gouvernement fédéral, lesquels choisiront ensemble un président.
- › Le comité évaluera le différend en fonction des dispositions de la *Loi canadienne sur la santé*, entreprendra l'établissement des faits, offrira des conseils et présentera des recommandations.
- › Le comité présentera, dans les 60 jours suivant sa nomination, un rapport aux gouvernements en question.

Le ministre de la Santé du Canada détient l'autorité ultime en ce qui concerne l'interprétation et l'application de la *Loi canadienne sur la santé*. Afin de décider s'il invoquera les dispositions de la *Loi canadienne sur la santé* relatives à la non-conformité, le ministre de la Santé du Canada prendra le rapport du comité en considération.

PRÉSENTATION DE RAPPORTS AU PUBLIC

Les gouvernements présenteront des rapports au public sur les activités de prévention et de règlement des différends liés à la *Loi canadienne sur la santé*, y compris tout rapport présenté par le comité.

RÉVISION

Le ministre de la Santé du Canada s'engage à revoir le processus avec les ministres provinciaux et territoriaux de la Santé si des ajustements s'avèrent éventuellement nécessaires.

COORDONNÉES DES MINISTÈRES PROVINCIAUX ET TERRITORIAUX DE LA SANTÉ

Terre-Neuve-et-Labrador

Ministère de la Santé et des
Services communautaires
Édifice Confederation
B.P. 8700
St. John's (Terre-Neuve-et-Labrador) A1B 4J6
709-729-5021
www.gov.nl.ca/health

Île-du-Prince-Édouard

Ministère de la Santé et du Mieux-être
B.P. 2000
Charlottetown (Île-de-Prince-Édouard) C1A 7N8
902-368-6414
www.gov.pe.ca/health

Nouvelle-Écosse

Ministère de la Santé et du Mieux-être
1894, rue Barrington, B.P. 488
Halifax (Nouvelle-Écosse) B3J 2R8
902-424-5818
1-800-387-6665 (sans frais en Nouvelle-Écosse)
1-800-670-8888 (TTY/ATS)
www.novascotia.ca/DHW

Nouveau-Brunswick

Ministère de la Santé
B.P. 5100
Frédéricton (Nouveau-Brunswick) E3B 5G8
506-457-4800
www.gnb.ca/sante

Québec

Ministère de la Santé et des Services sociaux
1075, chemin Sainte-Foy
Québec (Québec) G1S 2M1
418-266-7005
www.msss.gouv.qc.ca

Ontario

Ministère de la Santé et des
Soins de longue durée
Édifice Hepburn, 10^e étage
80, rue Grosvenor
Toronto (Ontario) M7A 1R3
1-800-268-1153
www.health.gov.on.ca

Manitoba

Santé, Aînés et Vie active
300, rue Carlton
Winnipeg (Manitoba) R3B 3M9
1-800-392-1207
www.manitoba.ca/health

Saskatchewan

Saskatchewan Health
3475 Albert Street
Regina (Saskatchewan) S4S 6X6
1-800-667-7766
Courriel : info@healt.gov.sk.ca
www.saskatchewan.ca

Alberta

Alberta Health
P.O. Box 1360, Station Main
Edmonton (Alberta) T5J 2N3
780-427-7164
www.health.alberta.ca

Colombie-Britannique

Ministère de la Santé
P.O. Box 9639 Stn Prov Govt
Victoria (Colombie-Britannique) V8W 9P1
1-800-663-7867
à Victoria : 250-387-6121
www.gov.bc.ca/health

Yukon

Department of Health and Social Services
Insured Health Services Branch H-2
P.O. Box 2703
Financial Plaza
Whitehorse (Yukon) Y1A 2C6
1-867-667-5209
www.hss.gov.yk.ca

Territoires du Nord-Ouest

Ministère de la Santé et des Services sociaux
B.P. 1320
Yellowknife (Territoires du Nord-Ouest) X1A 2L9
1-800-661-0830 ou 1-867-777-7413
www.hss.gov.nt.ca

Nunavut

Ministère de la Santé
Gouvernement du Nunavut
B.P. 1000, succursale 1000
Iqaluit (Nunavut) X0A 0H0
1-867-975-5700
www.gov.nu.ca/health

GESTION PUBLIQUE | INTÉGRALITÉ
UNIVERSALITÉ | TRANSFÉRABILITÉ | ACCESSIBILITÉ

