

Minister of Health



Ministre de la Santé

The Honourable/L'honorable Pierre S. Pettigrew

Ottawa, Canada K1A 0K9

décembre 2003

*Son Excellence la très honorable Adrienne Clarkson,
Gouverneure générale et Commandante en chef du Canada*

Qu'il plaise à Votre Excellence,

J'ai l'honneur de présenter à Votre Excellence le rapport annuel sur l'application de la *Loi canadienne sur la santé* pour l'exercice qui s'est terminé le 31 mars 2003.

Je vous prie d'agréer, Madame la Gouverneure générale, l'assurance de mon profond respect.

A handwritten signature in black ink, reading "Pierre S. Pettigrew".

Pierre S. Pettigrew

Canada

Préface

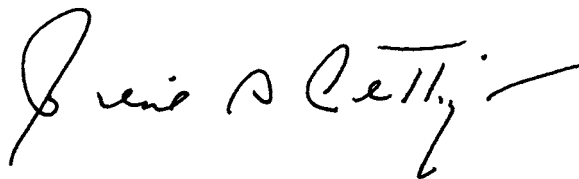
En référence à notre système public d'assurance-santé, le regretté juge Emmett M. Hall déclarait que
« l'accomplissement dont nous sommes le plus fiers en ce qui a trait au bien-être des Canadiennes et des Canadiens a été d'affirmer que la maladie en elle-même était un malheur assez grand en soi, pour que la ruine financière ne vienne pas s'y ajouter. C'est pourquoi l'assurance-maladie apparaît comme un principe sacré et nous ne permettons pas qu'il soit violé. »

L'adoption de la *Loi canadienne sur la santé* constitue certes un jalon important de l'évolution du système de santé canadien. Elle constitue également l'expression de notre engagement en faveur d'un système public de soins de santé fondé sur les besoins, et non sur la capacité de payer. Les cinq principes de la *Loi canadienne sur la santé* constituent la pierre angulaire de ce système et reflètent les valeurs qui en ont inspiré l'établissement. Le 1^{er} avril 2004 marquera d'ailleurs le vingtième anniversaire de l'entrée en vigueur de la Loi.

Au cours de l'année 2003, les premiers ministres des provinces et des territoires ont conclu une entente historique avec le Premier ministre d'alors, le très honorable Jean Chrétien, pour améliorer la qualité, l'accessibilité et la viabilité de notre système public de soins de santé. À cette occasion, les premiers ministres ont réitéré leur engagement envers les cinq grands principes qui sous-tendent le régime public de l'assurance-santé au Canada, soit l'universalité, l'accessibilité, la transférabilité, l'intégralité et la gestion publique.

En ce qui a trait à l'administration de la *Loi canadienne sur la santé*, notre objectif fondamental demeure celui de travailler avec les provinces et les territoires, dans un esprit de collaboration, d'équité et de transparence, pour faire en sorte que ces grands principes continuent de servir l'ensemble des Canadiens et Canadiennes, où qu'ils soient au pays.

Comme on pourra le constater, le présent rapport sur l'administration et l'application de la *Loi canadienne sur la santé* contient des informations détaillées sur les régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux pour l'exercice financier se terminant le 31 mars 2003. Bien que du point de vue de la *Loi canadienne sur la santé*, des questions concernant la conformité de certaines dispositions des régimes provinciaux et territoriaux d'assurance-santé subsistent et font l'objet de discussions, je suis d'avis que dans l'ensemble, ces régimes répondent aux conditions et aux critères de la Loi. À cet égard, je me réjouis de constater que les retenues imposées à la province de la Nouvelle-Écosse en vertu des dispositions de l'article 20 de la *Loi canadienne sur la santé* ont pris fin en novembre 2003.



Pierre S. Pettigrew
Ministre de la Santé

Remerciements

Santé Canada tient à souligner le travail et les efforts qui ont été investis dans 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 l'administration et l'application de la *Loi canadienne sur la santé*.

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

Ministère de la Santé et des Services sociaux de l'Île-du-Prince-Édouard

Ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse

Ministère de la Santé et du Mieux-être 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 du Manitoba

Ministère de la Santé de la Saskatchewan

Ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta

Ministère des Services de santé de la Colombie-Britannique

Ministère de la Planification de la santé de la Colombie-Britannique

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Yukon

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

Ministère de la Santé et des Services sociaux de Nunavut

Nous désirons souligner également le travail considérable réalisé par l'équipe de production : le personnel de l'unité de l'édition, les services de traduction, de révision et de concordance, ainsi que le personnel de Santé Canada, à l'Administration centrale et dans les bureaux régionaux.

Table des matières

Préface	i
Remerciements	iii
Table des matières	v
Introduction	1
Chapitre 1 – Aperçu de la Loi canadienne sur la santé	3
Chapitre 2 – Administration et conformité	11
Chapitre 3 – Régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux en 2002-2003	17
Terre-Neuve et Labrador	21
L'Île-du-Prince-Édouard	37
Nouvelle-Écosse	51
Nouveau-Brunswick	65
Québec	83
Ontario	91
Manitoba	105
Saskatchewan	119
Alberta	139
Colombie-Britannique	153
Yukon	171
Territoires du Nord-Ouest	189
Nunavut	199
Annexe A – Statistiques sur les régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux	209
Terre-Neuve et Labrador	213
Île-du-Prince-Édouard	221
Nouvelle-Écosse	229
Nouveau-Brunswick	237
Ontario	245
Manitoba	253
Saskatchewan	261
Alberta	269
Colombie-Britannique	277
Yukon	285
Territoires du Nord-Ouest	295
Nunavut	303
Annexe B – Loi canadienne sur la santé et Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs	311
Annexe C – Énoncés de politiques liées à la Loi canadienne sur la santé : la lettre « Epp » et la Politique fédérale sur les cliniques privées	335
Annexe D – Processus de prévention et de règlement des différends liés à la Loi canadienne sur la santé	347
Annexe E – Évolution des transferts fédéraux pour les soins de santé	355
Annexe F – Lexique des termes utilisés dans le présent rapport	359
Coordonnées des ministères provinciaux et territoriaux de la Santé	à la fin de ce Rapport

Introduction

Les cinq principes de la *Loi canadienne sur la santé* sont la pierre angulaire du système de soins de santé canadien et témoignent des valeurs qui ont inspiré le système canadien de soins de santé à payeur unique financé par l'État, il y a plus de 40 ans. Cette Loi, adoptée à l'unanimité par le Parlement en 1984, atteste de l'engagement du gouvernement fédéral à maintenir un système d'assurance-santé fondé sur l'universalité, l'accessibilité, l'intégralité, la transférabilité et la gestion publique. La *Loi canadienne sur la santé* a pour but de veiller à ce que tous les résidents du Canada aient accès aux services hospitaliers et médicaux nécessaires sans avoir à déboursier directement pour ces services. La *Loi canadienne sur la santé* définit les conditions d'octroi et les conditions de versement que les provinces et les territoires doivent respecter pour recevoir la totalité des contributions pécuniaires dans le cadre du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS).

Le présent rapport est produit conformément aux exigences énoncées à l'article 23 de la *Loi canadienne sur la santé*, à savoir :

« 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 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. »

En vertu de la *Loi canadienne sur la santé*, la ministre fédérale de la Santé doit fournir des renseignements sur le fonctionnement des régimes d'assurance-santé des provinces et des territoires notamment en ce qui a trait au respect des conditions d'octroi et de versement énoncées dans la Loi. La collecte de ces renseignements s'est faite sous le signe de la collaboration : les provinces, les territoires et le gouvernement fédéral ont conjugué leurs efforts pour fournir l'information dont la ministre fédérale de la Santé a besoin.

Le chapitre 1 donne un aperçu de la *Loi canadienne sur la santé* et de la réglementation et des politiques connexes qui sont utilisées dans le cadre de l'administration de la Loi. Le chapitre 2 porte sur l'administration de la *Loi canadienne sur la santé* au cours de l'exercice 2002-2003, et comprend un résumé des questions traitées concernant la conformité et les retenues effectuées. Le chapitre 3 présente des descriptions des régimes d'assurance-santé des provinces et des territoires pour l'exercice finissant le 31 mars 2003. Des annexes sont également jointes au rapport et fournissent des renseignements supplémentaires concernant l'administration de la Loi et du système canadien de soins de santé.

Des données statistiques pour chaque province et territoire sur les services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire assurés en vertu de la Loi figurent dans l'annexe A. Un exemplaire de la *Loi canadienne sur la santé* et de son règlement (consolidation non officielle en juin 2001) figurent dans l'annexe B. L'annexe C présente des exemplaires de deux énoncés de principes clés qui clarifient l'interprétation fédérale des conditions d'octroi et de versement de la *Loi canadienne sur la santé*. L'annexe D présente une description du nouveau Processus de prévention et de règlement des différends qui est entré en vigueur au cours de l'année 2002. L'annexe E décrit l'évolution des transferts fédéraux pour les soins de santé au Canada. L'annexe F est un lexique des termes utilisés dans le présent rapport. À l'intérieur de la couverture arrière, vous trouverez les coordonnées des ministères provinciaux et territoriaux de la Santé.

Chapitre I – Aperçu de la Loi canadienne sur la santé

« Au départ, les principes de la *Loi canadienne sur la santé* n'étaient que de simples conditions liées au financement de l'assurance-santé par le gouvernement fédéral. Au fil des ans, ce concept s'est grandement élargi. Aujourd'hui, ces principes représentent aussi bien les valeurs qui sous-tendent le système de santé que les conditions imposées par les gouvernements pour le financement public d'un système national de santé. Les principes ont résisté à l'épreuve du temps et correspondent toujours aux valeurs de la population canadienne. »

(Roy J. Romanow, C.R. novembre 2002)

Dans le présent chapitre, la *Loi canadienne sur la santé*, ses exigences et principales définitions sont abordées. Y sont également décrits les règlements et les dispositions réglementaires de la *Loi canadienne sur la santé*, ainsi que les énoncés de politique que d'anciens ministres fédéraux de la Santé, l'honorable Jake Epp et l'honorable Diane Marleau, adressaient à leurs homologues provinciaux et territoriaux et qui sont utilisés dans l'interprétation et l'application de la Loi.

Qu'est-ce que la Loi canadienne sur la santé?

La *Loi canadienne sur la santé* est la loi fédérale qui régit l'assurance-santé.

La Loi présente l'objectif principal de la politique canadienne des soins de santé qui consiste à protéger, à promouvoir et à rétablir le bien-être physique et mental des résidents du Canada, et à leur donner, dans des conditions raisonnables, accès aux services de santé, sans que des obstacles financiers ou d'un autre ordre s'y opposent.

La *Loi canadienne sur la santé* établit les conditions d'octroi et de versement applicables aux services de santé assurés et aux services complémentaires de santé que doivent respecter les provinces et les territoires pour avoir droit au versement intégral de la contribution pécuniaire au titre du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS).

La *Loi canadienne sur la santé* a pour objet de veiller à ce que tous les résidents admissibles du Canada aient, selon des conditions

raisonnables, accès aux services assurés qui sont médicalement nécessaires sans avoir à déboursier directement pour ces services au point de service.

Principales définitions de la LCS

Les **personnes assurées** sont les résidents admissibles d'une province ou d'un territoire. Au sens de la *Loi canadienne sur la santé*, un résident 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 canadienne sur la santé* sont les membres des Forces canadiennes et de la Gendarmerie royale du Canada, et les personnes purgeant une peine d'emprisonnement dans un pénitencier fédéral.

Les **services de santé assurés** sont les services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire médicalement nécessaires qui sont fournis aux personnes assurées.

Aux termes de la *Loi canadienne sur la santé*, les **services hospitaliers assurés** désignent les services médicalement nécessaires fournis dans un hôpital à des malades hospitalisés ou externes, tels que l'hébergement régulier ou en salle commune et les repas et l'hébergement à supplément s'il est jugé médicalement nécessaire; les services infirmiers; les procédures de laboratoire, les procédures radiologiques ou d'autres procédures de diagnostic, ainsi que les interprétations nécessaires; les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes

lorsqu'ils sont administrés à l'hôpital; l'utilisation des salles d'opération, des chambres d'attente avant l'accouchement et des installations d'anesthésie, y compris le matériel et les fournitures nécessaires; les fournitures et le matériel médicaux et chirurgicaux; l'utilisation des installations de radiothérapie; l'utilisation des installations de physiothérapie; ainsi que les services fournis par des personnes qui sont rémunérées par l'hôpital, ce qui ne comprend pas les services exclus en vertu des règlements.

Au sens de la Loi, les **services médicaux assurés** sont les « services médicalement nécessaires fournis par un médecin ». Les services médicalement nécessaires sont généralement déterminés conjointement par les médecins et par les régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux.

Les **services de chirurgie dentaire** sont les services fournis par un dentiste dans un hôpital et qui ne peuvent être offerts convenablement que dans un tel établissement.

Les **services complémentaires de santé** visés par la *Loi canadienne sur la santé* comprennent les services de soins de longue durée en établissement (les soins intermédiaires en maison de repos et les soins en établissement pour adultes) et les composantes « santé » des soins à domicile et des soins ambulatoires.

Exigences de la Loi canadienne sur la santé

En vertu de la *Loi canadienne sur la santé*, les provinces et territoires doivent satisfaire à neuf exigences pour avoir droit au versement intégral de la contribution pécuniaire du gouvernement fédéral. Ces neuf exigences sont les suivantes :

- ❑ cinq conditions d'octroi s'appliquant uniquement aux services de santé assurés;
- ❑ deux conditions de versement s'appliquant aux services de santé assurés et aux services complémentaires;
- ❑ des dispositions touchant la surfacturation et les frais modérateurs, qui s'appliquent uniquement aux services de santé assurés.

Conditions d'octroi

1. Gestion publique (article 8 de la LCS)

Le critère relatif à la gestion publique, défini à l'article 8 de la *Loi canadienne sur la santé*, s'applique aux régimes d'assurance-santé des provinces et des territoires. Ce critère vise à assurer que les régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux sont gérés par une autorité publique sans but lucratif relevant du gouvernement provincial ou territorial pour les décisions concernant les niveaux de services et les services eux-mêmes, et assujettie à la vérification publique de ses comptes et de ses opérations financières.

2. Intégralité (article 9)

Le critère d'intégralité de la *Loi canadienne sur la santé* exige que le régime provincial ou territorial d'assurance-santé couvre tous les services de santé assurés fournis par les hôpitaux, les médecins ou les dentistes [c.-à-d. les services de chirurgie dentaire qui doivent être assurés dans un hôpital] et lorsque la loi de la province le permet, les services semblables ou additionnels fournis par les autres professionnels de la santé.

3. Universalité (article 10)

En vertu du critère d'universalité, tous les résidents assurés de la province ou du territoire ont droit aux services de santé assurés offerts par le régime d'assurance-santé provincial ou territorial selon des modalités uniformes. Les provinces et territoires exigent généralement que les résidents s'inscrivent au régime pour être admissibles aux services offerts.

Les nouveaux arrivants au Canada, tels que les résidents permanents et les Canadiens et les Canadiennes qui rentrent au pays après avoir séjourné dans d'autres pays, peuvent être assujettis à un délai d'au plus trois mois avant d'être admissibles ou d'avoir droit aux services de santé assurés.

4. Transférabilité (article 11)

Les résidents qui déménagent dans une autre province ou un autre territoire continuent d'être protégés par le régime de leur province ou territoire « d'origine » pendant la période d'attente minimale

imposée par le régime de la nouvelle province ou du nouveau territoire de résidence. Le délai d'admissibilité à un régime d'assurance-santé provincial ou territorial ne doit pas excéder trois mois. Après ce délai, la nouvelle province ou le nouveau territoire de résidence assume la couverture des soins de santé.

Les résidents qui sont temporairement absents de leur province, de leur territoire ou du Canada doivent continuer d'être couverts pour les services de santé assurés pendant leur absence. Ainsi, les personnes peuvent voyager ou s'absenter de leur province ou de leur territoire d'origine dans des limites prescrites, tout en étant assurées par leur régime d'assurance-santé.

La transférabilité n'autorise pas une personne à obtenir des services dans une autre province, un autre territoire ou un autre pays. Elle a plutôt pour objet de permettre l'admissibilité d'une personne aux services nécessaires en cas de besoin urgent ou nouveau lorsque celle-ci est absente temporairement, par exemple pour des raisons d'affaires ou pour des vacances.

Lorsque des personnes assurées sont temporairement absentes parce qu'elles sont dans une autre province ou un autre territoire, le critère de transférabilité requiert que les services assurés soient payés selon les tarifs de la province d'accueil. Si des personnes assurées sont temporairement absentes du pays, les services assurés doivent être payés selon les tarifs prévus dans la province d'origine.

Pour que la protection s'étende à certains services électifs (non urgents), un résident d'une province ou d'un territoire qui est temporairement absent peut être tenu d'obtenir l'approbation préalable du régime d'assurance-santé de sa province ou de son territoire.

5. Accessibilité (article 12)

Le critère d'accessibilité vise à assurer l'accès raisonnable pour les résidents d'une province ou d'un territoire aux services hospitaliers, médicaux et de chirurgie buccale assurés, selon des modalités uniformes et sans qu'il soit restreint, directement ou indirectement, par des frais

modérateurs, une surfacturation ou d'autres moyens (p. ex. la discrimination fondée sur l'âge, l'état de santé ou la situation financière). De plus, les régimes d'assurance-santé de la province ou du territoire doivent prévoir :

- la rémunération raisonnable des médecins et des dentistes pour tous les services de santé assurés qu'ils fournissent;
- le versement aux hôpitaux de montants destinés à défrayer les services de santé assurés.

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

Conditions de versement

1. **Renseignements (article 13(a))** — Aux fins de la *Loi canadienne sur la santé*, les administrations provinciales et territoriales sont tenues de communiquer à la ministre de la Santé, selon des modalités raisonnables, des renseignements touchant les services de santé assurés et les services complémentaires de santé.
2. **Reconnaissance (article 13(b))** — Les administrations provinciales et territoriales doivent faire état de la contribution fédérale aux services de santé assurés et aux services complémentaires de santé.

Surfacturation et frais modérateurs

Les dispositions de la *Loi canadienne sur la santé* qui découragent la surfacturation et les frais modérateurs pour les services de santé assurés dans une province ou un territoire sont édictées aux articles 18 à 21. S'il est établi qu'une province ou un territoire permet la surfacturation ou les frais modérateurs, une retenue doit être faite en vertu de la Loi à même le transfert fédéral en espèces à cette province ou à ce territoire. Le montant de la retenue pour

un exercice est déterminé par la ministre fédérale de la Santé en fonction des renseignements fournis par la province ou le territoire conformément au Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs décrit ci-dessous.

Surfacturation (article 18)

La *Loi canadienne sur la santé* définit la surfacturation comme la facturation de la prestation d'un service de santé assuré à une personne assurée par un médecin ou un dentiste (c.-à-d. un chirurgien dentiste qui offre des services de santé assurés dans un milieu hospitalier), en excédent par rapport au montant payé ou à payer pour la prestation de ce service au titre du régime provincial ou territorial d'assurance-santé. Si, par exemple, un médecin demandait une somme donnée à ses patients pour une consultation déjà couverte par un régime provincial ou territorial d'assurance-santé, la somme demandée constituerait une surfacturation. La surfacturation est perçue comme un obstacle ou une entrave pour les personnes qui ont besoin de soins médicaux; elle contrevient donc au critère d'accessibilité.

Frais modérateurs (article 19)

La *Loi canadienne sur la santé* définit les frais modérateurs comme tous les frais pour un service de santé assuré qui sont permis par un régime provincial ou territorial d'assurance-santé mais que ce dernier ne rembourse pas, à l'exception des frais imposés par surfacturation. Si, par exemple, un patient se voyait imposer des frais pour avoir reçu un service assuré d'un centre hospitalier ou d'une clinique, ces frais seraient considérés comme étant des frais modérateurs. Les frais modérateurs ne sont pas permis en vertu de la Loi, et comme la surfacturation, ils constituent un obstacle à l'accès.

Autres éléments de la Loi

Règlement (article 22)

L'article 22 de la *Loi canadienne sur la santé* permet au gouvernement fédéral d'édicter des

règlements en application de la Loi dans les secteurs suivants :

- ❑ définir les services visés par la définition de « services complémentaires de santé » de la LCS;
- ❑ déterminer les services exclus des services hospitaliers;
- ❑ déterminer le genre de renseignements que la ministre fédérale de la Santé peut raisonnablement demander d'une province ou d'un territoire afin de recevoir un transfert fédéral complet;
- ❑ prévoir la façon dont les provinces et les territoires doivent faire état du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux dans leurs documents, leurs publicités ou leur matériel promotionnel.

Le seul règlement passé 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 des prévisions des montants surfacturés et des frais modérateurs avant le début de l'exercice de sorte que les pénalités applicables puissent être imposées. Selon ce règlement, ils doivent aussi fournir les états financiers indiquant les montants réellement facturés de sorte que les rapprochements avec les retenues réelles puissent être faits. (Une copie du Règlement figure à l'annexe B).

Pénalités imposées en vertu de la Loi canadienne sur la santé

Pénalités obligatoires

En vertu de la *Loi canadienne sur la santé*, les provinces et territoires qui autorisent la surfacturation et les frais modérateurs s'exposent à une retenue obligatoire d'un montant équivalent sur leurs paiements de transfert fédéraux au titre du TCSPS. Par exemple, si l'on déterminait qu'une province a autorisé les médecins à pratiquer la surfacturation pour un montant total de 500 000 \$, ce montant serait retenu sur les paiements de transfert fédéraux versés à cette province.

Pénalités discrétionnaires

Les provinces ou territoires qui ne satisfont pas aux cinq conditions d'octroi et aux deux conditions de versement énoncées dans la *Loi canadienne sur la santé* peuvent se voir imposer des pénalités discrétionnaires. Les montants de ces retenues des paiements de transfert au titre du TCSPS sont établis en fonction de la gravité du défaut.

Avant d'imposer toute pénalité discrétionnaire, la *Loi canadienne sur la santé* prévoit un processus de consultation qui doit être entrepris avec la province ou le territoire visé. Les dispositions touchant les pénalités discrétionnaires prévues par la Loi n'ont pas été appliquées jusqu'ici.

Personnes et services exclus

Bien que la *Loi canadienne sur la santé* requière que les services de santé assurés soient offerts aux personnes assurées dans le respect des critères et des conditions édictés dans la Loi, ce ne sont pas tous les résidents du Canada ni tous les services de santé qui sont couverts par la Loi. Deux catégories de services sont exclues des services assurés :

- ❑ les services qui ne correspondent pas à la définition des services de soins de santé assurés (définition à la page 3);
- ❑ certains groupes de personnes et services sont exclus des définitions concernant les personnes et les services assurés.

Ces exclusions sont traitées ci-dessous.

Services de santé non assurés

En plus des services médicalement nécessaires offerts par les hôpitaux et les médecins qui sont couverts en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*, les provinces et les territoires offrent toute une gamme de services et de prestations qui ne sont pas du ressort de la Loi. Ces services et prestations supplémentaires sont offerts à la discrétion des administrations provinciales et territoriales, selon leurs propres conditions, et ils peuvent varier d'une province ou d'un territoire à l'autre. Parmi ces services supplémentaires, mentionnons des prestations

pour médicaments d'ordonnance, des services ambulanciers et des services d'optométrie.

Les services supplémentaires offerts par les provinces et territoires peuvent viser des groupes donnés (p. ex. enfants, aînés ou bénéficiaires de l'aide sociale) et être assurés en tout ou en partie par les régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux.

Un certain nombre de services offerts par les hôpitaux et les médecins ne sont pas considérés comme médicalement nécessaires; ils ne sont donc pas assurés aux termes 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, 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 ou les centres de culture physique, les témoignages devant les tribunaux et la chirurgie esthétique.

Personnes exclues

La définition de « personne assurée » de la *Loi canadienne sur la santé* exclut les membres des Forces canadiennes, les membres de la Gendarmerie royale du Canada nommés à un grade, les personnes purgeant une peine d'emprisonnement dans un pénitencier et les personnes qui n'ont pas satisfait à la condition du délai minimal de résidence (période d'au plus trois mois). De plus, la définition de « service de santé assuré » exclut les services de santé auxquels une personne a droit en vertu d'une autre loi fédérale (p. ex. réfugiés) ou de la loi sur les accidents du travail d'une province ou d'un territoire.

L'exclusion de ces personnes de la couverture des services de santé assurés a été établie avant l'adoption de la *Loi canadienne sur la santé* et n'est pas destinée à établir des différences en ce qui concerne l'accès aux soins de santé assurés financés par l'État.

Énoncé de politiques concernant l'interprétation

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. Les deux lettres figurent à l'annexe C du présent rapport.

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 oeuvre 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 LCS. 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.

Lettre « Marleau » - 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 public 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.

Processus de prévention et de règlement des différends

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 administrations fédérale, provinciales et territoriales 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.

Veillez vous reporter à l'annexe D pour consulter la lettre de la ministre McLellan.

Chapitre 2 – Administration et conformité

Administration

Dans l'administration de la *Loi canadienne sur la santé* (la Loi), le Ministre est appuyé par des fonctionnaires de Santé Canada dans le domaine politique, communication et en information situés à Ottawa et dans les bureaux régionaux, ainsi que les conseillers juridiques du ministère de la Justice.

Santé Canada prend au sérieux les responsabilités que lui confère la Loi. Le ministère de la Santé travaille avec les provinces et les territoires afin d'assurer le respect des principes énoncés dans la Loi. Il est toujours préférable de travailler avec les provinces et les territoires pour résoudre les problèmes par la consultation, la collaboration et la coopération.

La Division de la Loi canadienne sur la santé

La Division de la Loi canadienne sur la santé (la Division) fait partie de la Direction des affaires intergouvernementales de la Direction générale de la politique de la santé et des communications, Santé Canada, et est responsable de l'administration de la Loi.

Les fonctionnaires de la Division des bureaux situés à Ottawa et des régions sont chargés des fonctions suivantes :

- ❑ surveiller et analyser les régimes provinciaux et territoriaux d'assurance-santé afin d'assurer le respect des critères et des conditions ainsi que des dispositions de la Loi concernant la surfacturation et les frais modérateurs;
- ❑ travailler en partenariat avec les provinces et les territoires pour enquêter et résoudre les problèmes associés à la conformité à la Loi et poursuivre des activités qui favorisent la conformité avec celle-ci;
- ❑ informer le Ministre des éventuelles infractions à la Loi et recommander l'adoption de mesures pertinentes pour résoudre la situation;

- ❑ rédiger et produire le Rapport annuel sur la Loi canadienne sur la santé sur l'administration et l'application de la Loi;
- ❑ établir et entretenir des relations et des partenariats officiels et non officiels avec des fonctionnaires de la santé des gouvernements provinciaux et territoriaux pour favoriser le partage d'information;
- ❑ recueillir, résumer et analyser des renseignements pertinents sur les systèmes de soins de santé provinciaux et territoriaux;
- ❑ diffuser des renseignements concernant la Loi et les régimes d'assurance-santé au Canada financés d'après les fonds publics;
- ❑ répondre aux demandes de renseignements et à la correspondance concernant la Loi;
- ❑ procéder à l'analyse des questions et à la recherche stratégique afin de présenter au Ministre des options et des recommandations ayant trait à la politique relatives aux principes de la Loi.

Au cours de l'exercice 2002-2003, la Division a examiné plusieurs nouvelles questions concernant la conformité des provinces et des territoires à la Loi. Ces questions sont décrites dans la prochaine partie. De plus, la Division a participé ou participe toujours aux activités suivantes :

- ❑ collaborer avec les représentants des ministères provinciaux et territoriaux de la Santé en ce qui concerne le Comité de coordination des ententes interprovinciales en assurance-santé (voir ci-après);
- ❑ mettre en œuvre le processus de prévention et de règlement des différends pour traiter des questions liées à l'interprétation des principes de la Loi;
- ❑ collaborer avec les ministères provinciaux et territoriaux de la Santé en ce qui concerne la fourniture, la demande et la prestation des services d'imagerie par résonance magnétique et de tomographie par émission de positons au Canada;
- ❑ fournir des renseignements sur le système de soins de santé canadien pour appuyer divers rapports et commissions (Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada; Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie;

rapport du vérificateur général du Canada sur l'Appui fédéral à la prestation des soins de santé);

- produire une version électronique révisée du Système d'information sur les prestations supplémentaires en collaboration avec des fonctionnaires provinciaux et territoriaux comme source de partage d'information sur les services de soins de santé financés d'après les fonds publics qui ne sont pas visés par la Loi;
- préparer des réponses aux demandes de renseignements ministérielles et aux autres demandes téléphoniques, électroniques ou postales du public, des députés, des ministères, des organismes intéressés et des médias sur la Loi et les questions touchant l'assurance-santé. Au cours de l'exercice 2002-2003, la Division a répondu à plus de 2 000 demandes. Le personnel des relations avec les médias de la Direction générale a également répondu à un certain nombre de demandes des médias concernant la Loi. De plus, la Division permet l'accès à des renseignements sur la Loi et à d'autres sujets liés à l'assurance-santé sur l'Internet à l'adresse suivante :

<http://www.hc-sc.gc.ca/medicare>.

Comité de coordination des ententes interprovinciales en assurance-santé

La Division préside le Comité de coordination des ententes interprovinciales en assurance-santé (le Comité) (autrefois connu sous le nom de Comité fédéral-provincial-territorial de coordination de la facturation réciproque) et en assure le secrétariat. Le Comité a été créé en 1991 pour traiter des questions concernant la facturation interprovinciale de services hospitaliers et médicaux ainsi que des questions associées à l'inscription aux régimes d'assurance-santé et à l'admissibilité à ceux-ci. Le Comité est chargé de veiller à l'application des ententes interprovinciales en assurance-santé, conformément à la Loi.

Les membres du Comité, à savoir des représentants de l'Ontario, du Québec ainsi que des provinces de l'Est et de l'Ouest (y compris des territoires), se réunissent trois fois par année. Ils tiennent également des conférences téléphoniques, au besoin. Les personnes-ressources du Comité, c'est-à-dire des représentants provinciaux et territoriaux, rencontrent les membres une fois par année. Toutes les réunions servent de tribune pour le

partage d'information et la résolution de problèmes par la collaboration.

Les dispositions de la Loi sur la transférabilité interprovinciale et interterritoriale sont mises en application dans le cadre d'une série d'ententes interprovinciales et interterritoriales sur la facturation réciproque des services médicaux et hospitaliers. En général, cela signifie que la carte santé d'un patient sera acceptée, comme paiement, lorsque celui-ci recevra des services hospitaliers ou médicaux dans une autre province ou un autre territoire. La province ou le territoire qui offre le service facture directement la province ou le territoire de résidence du patient. Tous les territoires et toutes les provinces ont conclu des ententes réciproques touchant les soins hospitaliers et participent, à l'exception du Québec, à des ententes réciproques touchant les soins médicaux. Ces ententes visent à assurer que les résidents du Canada n'ont pas à payer de frais pour des services hospitaliers ou médicaux médicalement nécessaires lorsqu'ils voyagent au Canada. Toutefois, ces ententes sont interprovinciales et interterritoriales, et les provinces et territoires ne sont pas tenus de les signer en vertu de la Loi.

À l'automne 2001, le Comité a donné mandat à un groupe de travail de consulter l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) pour mettre à jour les tarifs d'hospitalisation aux fins de la facturation réciproque à l'aide des plus récentes données financières et statistiques. Ces taux sont employés par les provinces et les territoires pour le traitement des réclamations concernant les services hospitaliers offerts aux résidents des autres provinces et territoires. Les nouveaux tarifs ont été appliqués à l'été 2002 pour mieux refléter les coûts réels des services hospitaliers reçus au pays. Un comité directeur créé à l'automne 2002, en collaboration avec l'ICIS; est chargé d'examiner les questions techniques et administratives liées à la mise en œuvre d'une méthode des coûts par cas type pondéré qui servira de fondement à l'établissement des tarifs de facturation interprovinciale pour les services d'hospitalisation assurés. À l'heure actuelle, le Comité de coordination des ententes interprovinciales en assurance-santé examine et met à jour les tarifs pour les services de consultation externe.

Conformité

L'approche préférée par Santé Canada pour le règlement de cas de conformité éventuels est de mettre l'accent sur la transparence, la consultation et le dialogue avec les autorités provinciales et territoriales en matière de soins de santé. La plupart du temps, les cas sont réglés au moyen de consultations et de discussions fondées sur un examen approfondi des faits.

Des retenues n'ont été effectuées que lorsque les autres options pour résoudre la question ont échoué. Jusqu'à présent, presque tous les différends et les problèmes associés à l'application de la Loi ont été traités et résolus sans avoir à imposer de pénalités.

Les fonctionnaires de Santé Canada entretiennent des rapports réguliers avec les représentants des ministères provinciaux et territoriaux de la Santé et les administrateurs de régimes d'assurance-maladie afin de contribuer à la résolution des problèmes couramment éprouvés par les Canadiens et les Canadiennes en ce qui concerne l'admissibilité à la protection et la transférabilité des services de santé à l'intérieur et à l'extérieur du Canada.

Les fonctionnaires de Santé Canada surveillent constamment les opérations des régimes provinciaux et territoriaux d'assurance-santé afin de conseiller le Ministre sur les situations de non-conformité possibles à la Loi. Parmi les exemples de source de cette information, notons : les fonctionnaires représentant des gouvernements provinciaux et territoriaux, les reportages des médias, les publications des gouvernements provinciaux et territoriaux ainsi que de la correspondance du public et d'autres groupes et individus.

Le personnel de l'Unité de conformité de la Division de la Loi canadienne sur la santé (la Division) évalue les problèmes et les plaintes au cas par cas. Le processus d'évaluation consiste en la compilation de l'ensemble des faits et des renseignements sur la question ainsi qu'en la prise de dispositions pertinentes. La vérification des faits avec les fonctionnaires provinciaux et territoriaux du secteur de la santé peut soulever des questions qui ne sont pas directement liées à la Loi et d'autres questions qui, même si elles peuvent se rapporter à la Loi, sont attribuables

à un malentendu ou à une erreur de communication et sont réglées rapidement avec l'aide des provinces et des territoires. Lorsqu'une question concernant la Loi est soulevée et n'est pas résolue après les demandes initiales, les fonctionnaires de la Division demandent alors à l'administration visée d'enquêter et de faire part de ses conclusions. Ensuite, le personnel de la Division discute de la question et de sa résolution possible avec des fonctionnaires provinciaux et territoriaux. La question n'est rapportée au Ministre fédéral de la Santé que si elle n'est pas résolue de manière à satisfaire aux exigences de la Division, après les étapes susmentionnées.

Problèmes associés à la conformité en 2002-2003

Santé Canada requiert de plus amples renseignements sur les problèmes suivants avant de se prononcer sur la conformité à la Loi.

Médicaments administrés dans les hôpitaux

- Santé Canada est préoccupé par le fait que des patients paient pour des médicaments qui leur sont administrés dans des établissements hospitaliers externes et par la pertinence de ces paiements en vertu de la Loi. Cette préoccupation vient entre autres du fait que des décisions ont été prises par des provinces quant à la couverture du médicament Remicade en vertu du régime d'assurance-médicaments provincial plutôt que dans le cadre du programme d'assurance-hospitalisation lorsque le médicament est administré dans des établissements de soins externes. Afin de mieux comprendre le fondement de la décision stratégique des provinces, des fonctionnaires de Santé Canada ont amorcé un processus d'établissement des faits avec celles-ci en 2002-2003.

Frais modérateurs et surfacturation

- Santé Canada est préoccupé par le fait que des cliniques de chirurgie privées permettent à des patients d'acheter, à titre privé, des services assurés médicalement nécessaires, ce qui favorise le resquillage. À la suite de rapports des médias indiquant que la province en question, le Québec, prenait des

dispositions visant l'élimination de ces frais, Santé Canada a demandé à la Province de confirmer que le problème avait été résolu. Celle-ci a informé Santé Canada qu'ils étaient en train d'examiner la question et que des mesures appropriées seraient prises au besoin. En vertu de la Loi, toute province ou territoire qui permet l'imposition de frais pour des services médicaux et hospitaliers médicalement nécessaires offerts à des personnes assurées contrevient à la Loi et s'expose à une réduction dollar pour dollar.

- En 2002, Santé Canada a appris que deux cliniques de recours spécialisées avaient été établies en Colombie-Britannique. Ces cliniques offrent des consultations avec des médecins spécialistes, moyennant le paiement d'honoraires, aux patients qui choisissent de ne pas consulter leur médecin de famille pour être aiguillé vers un traitement spécialisé. Ces cliniques peuvent également coordonner les procédures de diagnostic ou les interventions chirurgicales découlant des consultations. En mars 2003, une retenue unique s'élevant à 4 610 \$ a été faite sur le montant versé à la Colombie-Britannique au titre du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS) relativement à deux cas d'imposition de frais modérateurs survenus dans une clinique de chirurgie privée au cours de l'année 2000-2001. Par ailleurs, un autre patient aurait déboursé 6 000 \$ pour une chirurgie effectuée dans une clinique privée en 2003. Cette question continue d'être examinée avec des fonctionnaires de la Province.
- En 2002, Santé Canada a appris qu'un médecin de la Saskatchewan offrait des services de tomodensitométrie en échange de dons effectués à une fondation. Santé Canada est préoccupé par le fait que l'on demande à des patients de faire un don afin de recevoir un service médicalement nécessaire. Cette question continue d'être examinée avec la Province.
- Les frais se rapportant aux fournitures médicales/chirurgicales ou au matériel jetable imposés par certains médecins au Manitoba à des patients qui reçoivent certains services médicalement nécessaires. Les lois adoptées par la Province en 1999 et en 2001 interdisent l'imposition de frais modérateurs dans les établissements de chirurgie accrédités, mais continuent de permettre la perception des frais liés aux

fournitures médicales dans les cabinets de médecins et les cliniques médicales. Cette question fait actuellement l'objet d'un examen et continue d'être étudiée avec la Province.

En plus de ces questions, Santé Canada continue d'examiner, de surveiller et d'évaluer l'incidence et les conséquences d'un certain nombre d'autres questions relatives à la santé.

Retenues et remboursements

Au cours de l'exercice de 2002-2003, une retenue mensuelle s'élevant à 2 451 \$ a été faite sur le montant versé à la Nouvelle-Écosse au titre du TCSPS. La province se trouvait en position de non-conformité relativement à la politique fédérale sur les cliniques privées de la Loi du fait qu'elle refusait de couvrir les frais d'établissement imposés aux patients d'une clinique d'avortement. Par ailleurs, une retenue unique s'élevant à 4 610 \$ a été effectuée sur le montant de mars 2003 versé à la Colombie-Britannique au titre du TCSPS étant donné qu'elle se trouvait en position de non-conformité vis-à-vis de la Loi relativement à l'imposition de frais modérateurs dans un établissement de chirurgie.

Historique des retenues en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*

La Loi canadienne sur la santé (la Loi), est entrée en vigueur le 1^{er} avril 1984, réaffirme l'engagement du gouvernement fédéral quant au respect des principes originaux du régime de soins de santé du Canada, tels qu'intégrés aux lois précédentes (Loi sur les soins médicaux et Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques). Afin d'éliminer la multiplication des cas de perception directe des frais pour des services hospitaliers et médicaux, le gouvernement fédéral a décidé d'appliquer une réduction dollar pour dollar pour l'imposition de frais modérateurs et la surfacturation qui, selon lui, réduisent l'accès de nombreux Canadiens et aux Canadiennes aux services de santé.

De 1984 à 1987, la Loi [paragraphe 20(5)] prévoyait le remboursement des retenues relatives à ces frais aux provinces les ayant éliminés avant le 1^{er} avril 1987. Le 31 mars 1987, il a été établi que toutes les provinces qui

effectuaient la surfacturation et imposaient des frais modérateurs avaient pris les mesures adéquates pour éliminer ces pratiques. En conséquence, en juin 1987, un montant totalisant 246,7 M \$ en retenues était remboursé au Nouveau-Brunswick, (6,886 M \$) au Québec, (14,032 M \$) à l'Ontario, (108,656 M \$) au Manitoba, (1,279 M \$) à la Saskatchewan, (2,107 M \$) à l'Alberta (29,032 M \$) et (84,749 M \$) à la Colombie Britannique.

À la suite de la période de transition initiale de trois ans de la Loi, pendant laquelle on accordait le remboursement des retenues aux provinces et aux territoires, aucune pénalité en vertu de la Loi n'a été imposée avant l'exercice de 1994-1995. 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-maladie provincial et à facturer directement leurs patients. Certains médecins facturaient ceux-ci à un montant supérieur à celui qu'ils pouvaient récupérer du régime d'assurance-maladie provincial. Ce montant, qui était trop élevé, constituait une surfacturation en vertu de la Loi. Entre mai 1994 et septembre 1995 – année où la Medicare Protection Act de la Colombie-Britannique interdisant la surfacturation est entrée en vigueur –, des retenues totalisant 2,025 M \$ étaient effectuées sur le montant versé à la Colombie-Britannique au titre du Transfert.

En janvier 1995, la ministre fédérale de la Santé en poste à ce moment là, Madame Diane Marleau, fait part à ses collègues provinciaux et territoriaux de son inquiétude quant à la création d'un système de soins de santé à deux vitesses et à l'émergence de cliniques privées imposant des frais d'établissement pour des services médicalement nécessaires. Dans le cadre des communications qu'elle a établies avec les provinces et les territoires, elle annonce qu'elle leur accordait un sursis de neuf mois pour éliminer les frais modérateurs, à défaut de quoi des sanctions pécuniaires leur seraient imposées en vertu de la Loi. En conséquence, dès novembre 1995, des retenues ont été effectuées sur le montant versé à l'Alberta, au Manitoba, à la Nouvelle-Écosse et à Terre-Neuve au titre du Transfert en raison de leur non-conformité relativement à la politique fédérale sur les cliniques privées.

De novembre 1995 à juillet 1996, des retenues totalisant 3,585 M \$ sont soustraient des montants versés à l'Alberta à titre de Transfert relativement aux frais d'établissement facturés dans des cliniques offrant des services de chirurgie, d'ophtalmologie et d'avortement. Le 1er octobre 1996, l'Alberta interdit aux cliniques de chirurgie privées d'imposer à leurs patients des frais d'établissement pour des services médicalement nécessaires dont les honoraires médicaux sont facturés au régime d'assurance-maladie provincial.

Dans le même ordre d'idées, un total de 267 000 \$ est retenu au montant versé à Terre-Neuve à titre de Transfert en raison de l'imposition de frais d'établissement dans une clinique d'avortement jusqu'à l'abolition de ces frais, 1^{er} janvier 1998. Les retenues faites au montant versé au Manitoba à titre de Transfert élevées à 2 056 000 \$, se termine le 1er janvier 1999 lorsque la province a confirmé l'élimination des frais modérateurs dans les cliniques de chirurgie et d'ophtalmologie.

En additionnant les retenues faites en mars 2003, le total des retenues effectuées au montant versé à l'ensemble des provinces ayant contrevenu à la politique fédérale sur les cliniques privées depuis octobre 1995 s'élève à 6 626 766 \$. Ce montant inclut les retenues totales de 362 565 \$ à la Nouvelle-Écosse.

De nombreux autres problèmes ont été résolus au cours des années sans qu'il y ait imposition de pénalités, notamment certains touchant des frais exigés dans des centres de transition de la Colombie-Britannique; la désassurance relative au défaut de paiement des primes en Colombie-Britannique; le refus d'enregistrement de résidents de l'Île-du-Prince-Édouard ne détenant pas de numéro d'assurance-sociale. Dans chacun des cas, des discussions et des négociations tenues au niveau des fonctionnaires supérieurs ont contribué à régler ces problèmes de façon satisfaisante.

Chapitre 3 – Régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux en 2002-2003

Ce chapitre porte sur les 13 régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux qui constituent le système d'assurance-santé du Canada, financé à même les fonds publics. Il a pour objet de démontrer, de façon claire et constante, dans quelle mesure les régimes d'assurance-santé des provinces et des territoires ont satisfait aux exigences prévues par la *Loi canadienne sur la santé* (la Loi) durant l'exercice 2002-2003.

Les fonctionnaires des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ont travaillé de concert pour fournir et passer en revue l'information. Les renseignements que chaque ministère provincial et territorial de la santé a transmis à Santé Canada concernant ce rapport comportent trois éléments :

- ❑ une description du système de santé provincial ou territorial en fonction des cinq critères et de la première condition de la Loi, qui sont présentés plus loin dans le présent chapitre;
- ❑ des documents qui confirment la conformité aux cinq critères et les deux conditions de la Loi;
- ❑ des statistiques permettant de dégager les tendances concernant les systèmes de santé provinciaux et territoriaux figurant à l'Annexe A du présent rapport.

Les deux premiers éléments servent d'appui au suivi et à la conformité des régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux aux exigences de la Loi. Le dernier élément sert pour sa part à définir et à analyser les tendances actuelles et éventuelles relatives au système de santé canadien.

Afin d'aider les provinces et les territoires à déterminer quels renseignements à inclure dans leur présentation ayant trait au rapport, Santé Canada a rédigé le *Guide de l'utilisateur pour les présentations à Santé Canada* (le Guide). Le Guide fait l'objet d'une révision annuelle et il vise à aider les provinces et les territoires à se conformer aux exigences de Santé Canada en matière de production de rapports. Ce guide a été conçu à la suite de discussions avec les

fonctionnaires provinciaux et territoriaux et précise l'information recherchée à l'égard de chaque critère de la Loi. Les révisions annuelles du Guide sont fondées sur une analyse qu'a fait Santé Canada des descriptions des régimes d'assurance-santé tirées des rapports annuels précédents et d'une évaluation des questions émergentes liés au services de santé assurés. Le Guide comporte également des exemples extraits des rapports annuels antérieurs afin d'illustrer l'organisation et le type d'information requis pour chaque activité visée par les rapports.

Le processus de présentation à Santé Canada du présent rapport annuel a été lancé lors d'un appel conférence entre le fédéral, les provinces et les territoires en avril 2003. C'est alors que l'on a établi un échéancier pour la prestation de renseignements à Santé Canada et la production du rapport.

À la suite de la téléconférence fédérale-provinciale-territoriale, Santé Canada contacté chaque gouvernement provincial et territorial afin d'indiquer les sections à améliorer dans le rapport. Des lettres ont été envoyées à toutes les provinces et à tous les territoires mentionnant les questions à examiner dans leurs sections du rapport.

De plus, au printemps 2003, des fonctionnaires de Santé Canada se sont réunis avec leurs homologues de la Nouvelle-Écosse, de l'Ontario et du Manitoba afin de discuter du processus de préparation du Rapport annuel de la Loi canadienne sur la santé et des parties des sections provinciales du rapport pouvant être développées ou améliorées. Santé Canada apprécie la collaboration de ces provinces et espère en tirer profit par l'entremise de réunions avec d'autres provinces et territoires au cours des années à venir.

Descriptions des régimes d'assurance-santé

Pour ce chapitre, on a demandé aux fonctionnaires provinciaux et territoriaux de

fournir une description de leurs régimes d'assurance-santé en respectant les critères énoncés dans la Loi afin de démontrer la façon dont les régimes respectent ces critères. Cette description comporte également des renseignements sur les moyens pris par chaque province ou territoire pour reconnaître la contribution financière du gouvernement fédéral aux services de santé assurés et aux services complémentaires de santé conformément aux dispositions de la Loi. De plus, les fonctionnaires devaient décrire la gamme de services complémentaires de santé offerts par leur province ou territoire, par exemple, les soins intermédiaires en maison de repos, les soins en établissement pour adultes, les soins à domicile et les soins de santé ambulatoires.

On a également demandé aux provinces et aux territoires de fournir une liste des documents publiés et d'autres données ayant trait aux cinq critères de la Loi de même qu'à la condition de reconnaissance. Ces documents ou autres données comprennent les lois et les règlements sur l'assurance-santé, tel que les rapports de vérification et d'évaluation, les rapports annuels des ministères de la Santé et d'autres documents qui permettent à Santé Canada de s'assurer du respect des critères et des conditions de la Loi par les provinces et les territoires.

Pour le Rapport annuel sur la Loi, 2002-2003, il est important de noter que le Québec a présenté une description de son régime d'assurance-santé préparée en fonction du format utilisé antérieurement à l'exercice 1999-2000. Le gouvernement du Québec ne fournit pas d'information conformément aux exigences de Santé Canada, comme il est mentionné dans la préface de la description de la province de Québec.

Améliorations à l'accès aux services de santé

Au cours de l'exercice 2002-2003, les provinces et les territoires ont poursuivi la mise en oeuvre d'initiatives visant à améliorer l'accès aux services de santé assurés pour les résidents. Notons par exemple :

- contributions de 300 000 dollars dans le budget de 2002 du gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador afin d'accroître de 32 le nombre des étudiants acceptés au

Programme de baccalauréat en sciences infirmières;

- introduction d'un appareil d'imagerie par résonance magnétique à l'Hôpital Queen Elizabeth de l'Île-du-Prince-Édouard en janvier 2003 et d'un accélérateur linéaire au Centre de traitement du cancer de la province en mai 2003;
- bonification de 5 millions de dollars du financement de la Nouvelle-Écosse au Capital District Health Authority pour but de rehausser les capacités en matière de chirurgie et de cathétérisme cardiaques et, partant, réduire les délais d'attente;
- stratégie permanente au Nouveau-Brunswick en vue d'intensifier le recrutement de médecins de famille et de spécialistes nouvellement diplômés. Cette stratégie prévoit l'achat de cinq sièges additionnels à l'école de médecine de l'Université de Sherbrooke en septembre 2002;
- création de 17 groupes de médecine familiale au Québec dans le cadre d'une nouvelle approche de la pratique médicale qui améliorera l'accès aux omnipraticiens, tout en assurant une utilisation plus responsable du système de soins de santé par les particuliers;
- continuité de Télésanté Ontario, qui permet d'avoir accès partout dans la province à du personnel infirmier chevronné pour l'obtention de conseils et de renseignements, 24 heures sur 24, sept jours sur sept. Cela libère en partie les services d'urgence, qui peuvent ainsi se consacrer davantage aux véritables cas urgents. Au 31 mars 2003, environ 1,9 million d'appels avaient été reçus par Télésanté Ontario depuis sa création en 2001;
- ouverture du CancerCare au Manitoba. Ce centre est un établissement de classe mondiale d'une superficie de 205 000 pieds carrés destiné au traitement, à l'éducation et à la recherche et possède un laboratoire sur place pour l'Institut de biologie cellulaire du Manitoba;
- lancement d'un site Web sur les interventions chirurgicales en Saskatchewan (www.sasksurgery.ca), grâce auquel on peut obtenir de l'information sur les délais d'attente caractérisant diverses interventions chirurgicales;
- L'introduction de la Provincial Personal Health Identifier en Alberta. Cet identificateur

est unique à chaque personne et demeure ainsi pour la durée de la vie. L'identificateur peut servir à collecter des données démographiques et est fondamental à la mise au point d'un système de dossier médical électronique en Alberta;

- ❑ Mise en place en Colombie Britannique d'une approche stratégique, compréhensive et coordonnée à la question de médecins en régions rurales pour assurer un accès équitable aux services médicaux pour les résidents, sans égard de l'endroit où ils habitent;
- ❑ diverses mesures de recrutement et de maintien en poste au Yukon, notamment un Fonds pour la réinstallation des médecins, qui aide à amortir les frais de déménagement au Yukon des médecins de famille recrutés. Une promesse de service sur le territoire est exigée.
- ❑ investissement d'un montant additionnel de 8,3 millions de dollars dans les ressources humaines pour le système des services de santé et des services sociaux des Territoires du Nord. Les fonds additionnels serviront à créer 42 nouvelles positions, telles que, infirmières, médecins, infirmières praticiennes et sage-femmes ainsi qu'un programme de formation et de mentorat à l'intention des professionnels de la santé déjà sur place;
- ❑ mise à niveau des cinq sites de télésanté actuels du Nunavut et ajout de 10 communautés de télésanté à son réseau permettant la prestation d'un large éventail de services, notamment : services de consultation de spécialistes (par exemple, en dermatologie, médecine interne et psychiatrie), services de réadaptation, séances de conseils régulières, visites familiales et études permanentes pour les médecins.

Terre-Neuve et Labrador

Introduction

Quatorze conseils régionaux assurent la plupart des services de santé à Terre-Neuve et au Labrador. De ceux-ci, huit sont des conseils de santé en établissement, quatre sont des conseils de services de santé et de services communautaires et deux sont des conseils intégrés qui assurent tous deux des services en établissement et des services communautaires. Parmi les huit conseils de santé en établissement, il y a un conseil provincial pour les services aux personnes atteintes du cancer et un conseil régional pour les maisons de repos, tous deux situés à St. John's.

C'est le gouvernement provincial qui nomme les membres bénévoles des conseils de santé. Ces conseils sont responsables de la prestation des services de santé dans les régions et, dans certains cas, dans l'ensemble de la province. Les conseils consultent le public afin de déterminer les besoins en matière de santé et de donner suite aux questions d'intérêt public. Ils obtiennent leur financement du gouvernement provincial auquel ils doivent rendre compte de leurs activités. Le ministère de la Santé et des Services communautaires assure une orientation stratégique aux conseils et surveille les programmes et les services.

À Terre-Neuve et au Labrador, près de 20 000 fournisseurs et administrateurs de soins de santé offrent des services de santé aux 512 000 résidents de la province.

Le document intitulé « *Healthier Together: A Strategic Health Plan for Newfoundland and Labrador* » a été rendu public en septembre 2002 à la suite d'une vaste consultation provinciale. Le plan trace les grandes lignes des objectifs et des buts du système de santé pour les quatre prochaines années. Le plan comprend une stratégie de mieux-être, une stratégie de soins de santé primaires, une stratégie de services de psychiatrie et de services de santé mentale, une stratégie de soins de longue durée et de services de soutien et une stratégie de localisation des services.

La planification de l'avenir du système de soins de santé de la province repose sur une vision claire des grands enjeux sanitaires :

- ❑ l'escalade rapide des coûts qui menace l'abordabilité du régime d'assurance santé;
- ❑ des tendances démographiques, y compris une population déclinante, une population vieillissante qui nécessite généralement plus de services que les groupes de personnes plus jeunes, et une tendance vers la migration depuis les régions rurales vers les régions urbaines;
- ❑ le coût des nouveaux médicaments et de la technologie de pointe;
- ❑ les hausses de salaires et d'honoraires dans les autres provinces qui donnent lieu à des pressions pour les augmenter à Terre-Neuve et au Labrador;
- ❑ la nécessité d'investir davantage dans l'intervention précoce et la prévention afin de promouvoir le mieux-être;
- ❑ une demande accrue de services de soutien à domicile;
- ❑ la nécessité d'élargir les services de santé mentale communautaires;
- ❑ des taux élevés de maladie cardiaque, de cancer et de diabète, ainsi que des taux élevés de tabagisme, d'obésité, de consommation d'alcool et d'inactivité.

Le document intitulé « *Healthier Together* » trace les grandes lignes de trois buts prioritaires : le mieux-être, le renforcement des capacités communautaires, et la durabilité et la qualité du système de santé.

Des renseignements additionnels sur *Healthier Together* et les soins de santé à Terre-Neuve et au Labrador sont disponibles sur le site Web du ministère de la Santé et des Services communautaires à l'adresse suivante : www.gov.nf.ca/health/

Faits saillants des activités entreprises en 2002-2003

Le budget total des services de santé et des services communautaires pour 2002-2003 s'élevait à 1,5 milliard de dollars, les dépenses au titre des services de santé et des services

communautaires représentant maintenant environ 45 p. 100 de toutes les dépenses des programmes gouvernementaux.

Pour l'exercice 2002-2003, les dépenses au 31 mars 2003 au titre des grands projets d'immobilisations visant les établissements de soins s'élevaient à 88 millions de dollars.

La province continue d'investir dans l'élargissement de la mise en oeuvre de la technologie des systèmes d'archivage et de transmission d'images dans la province. Parmi les autres initiatives de technologie de l'information sur la santé et de communication, il convient de mentionner un code d'identification unique/registre des clients, un réseau de pharmacies et le module de paiements aux clients.

La somme totale de 1,1 million de dollars a été consacrée à des initiatives de mieux-être conformément aux thèmes cernés dans l'initiative *Healthier Together*.

La création d'un conseil consultatif sur les soins de santé primaires a été annoncée et un bureau des soins de santé primaires a été établi afin d'élaborer un cadre de soins de santé primaires provincial.

Le gouvernement a consenti la somme de 1,4 million de dollars cette année dans le cadre de la *Give to Feel Good Campaign* de la *Health Foundation* de la *St. John's Health Care Corporation*. Ce financement porte à 23,6 millions de dollars le total des paiements versés en regard de l'engagement de 25 millions de dollars.

Le gouvernement a nommé le premier défenseur des droits des enfants et des jeunes qui axera ses activités sur les programmes et les services publics qui touchent les enfants et les jeunes de moins de 19 ans.

1.0 Gestion publique

1.1 Régime d'assurance-santé et autorité publique

Les régimes d'assurance-santé gérés par le ministère de la Santé et des Services communautaires comprennent le régime

d'assurance-hospitalisation et le régime d'assurance-soins médicaux (RASM). Les deux régimes sont à but non lucratif et sont vérifiés par le vérificateur général de la province.

La *Hospital Insurance Agreement Act*, amendée en 1994, est la loi qui régit le régime d'assurance-hospitalisation. Cette loi précise que le ministre peut établir des règlements relatifs à la prestation des services assurés aux résidents de la province, selon des modalités et conditions uniformes et conformément aux dispositions de la *Loi canadienne sur la santé* et des règlements y afférents.

La *Medical Care Insurance Act* (1999) a été sanctionnée le 14 décembre 1999 et est entrée en vigueur le 1^{er} avril 2000. Cette loi habilite le ministre à administrer un régime d'assurance-soins médicaux pour les résidents de la province. Elle permet l'établissement de règlements afin d'assurer que les dispositions de la Loi respectent les exigences de la *Loi canadienne sur la santé* dans la mesure où elle intéresse l'administration du régime d'assurance-soins médicaux.

Aucune modification législative n'a été apportée à la *Medical Care Insurance Act* (1999) ou à la *Hospital Insurance Agreement Act* en 2002-2003. Les *Hospital Insurance Regulations* ont été modifiés en février 2003 pour comprendre les services de radiologie demandés par les chiropraticiens à titre de service assuré.

La Division du RASM facilite la prestation de soins médicaux complets à tous les résidents de la province grâce à l'établissement de politiques, de procédures et de systèmes qui permettent de compenser les fournisseurs de façon adéquate pour la prestation de services professionnels assurés.

La Division agit conformément aux dispositions de la *Medical Care Insurance Act* (1999) et des règlements y afférents de même qu'en conformité avec les critères de la *Loi canadienne sur la santé*.

1.2 Liens hiérarchiques

Le ministère de la Santé et des Services communautaires a le mandat d'administrer le régime d'assurance-santé et le régime d'assurance-médicaments. Le Ministère rend

compte des activités de ces régimes au moyen des processus législatifs habituels tels que les comptes publics.

Au cours de 2002-2003, on a poursuivi les travaux de mise en œuvre du cadre de responsabilisation du gouvernement. On a mis l'accent sur l'élaboration d'une méthode appropriée de planification stratégique afin d'assurer l'adoption d'une approche uniforme par les organismes publics et, dans le cas des conseils de santé, la concordance entre leurs plans stratégiques respectifs et *Healthier Together*. Des directives ont été émises afin de prévoir, d'ici au 31 mars 2005, la mise en œuvre intégrale du Cadre par les organes publics qui relèvent du gouvernement.

Le document intitulé « *Health Scope, Reporting to Newfoundlanders and Labradorians on Comparable Health and Health System Indicators* » a été rendu public en septembre 2002. Le document présentait au public un compte rendu d'une vaste gamme d'indicateurs.

1.3 Vérification des comptes

Chaque année, le Vérificateur général de la province effectue un examen autonome des comptes publics de la province. Les dépenses du RASM sont maintenant considérées comme faisant partie des comptes publics. Le Vérificateur général dispose d'un accès complet et illimité aux dossiers du RASM.

Les conseils d'administration des hôpitaux sont soumis à des vérifications des états financiers, à des missions d'examen et à des vérifications de la conformité aux autorisations légales. Les vérifications des états financiers sont effectuées par des firmes de vérification indépendantes choisies par les conseils, conformément aux dispositions de la *Public Tendering Act*. Les missions d'examen, les vérifications de la conformité aux autorisations légales et les vérifications auprès des médecins sont effectuées par le personnel du ministère de la Santé et des Services communautaires en vertu de la *Medical Care Insurance Act* (1999) de Terre-Neuve. Les dossiers des médecins et les dossiers des sociétés médicales professionnelles sont étudiés afin de garantir qu'ils correspondent bien aux services facturés et que ces services sont assurés en vertu du régime d'assurance-santé.

Des vérifications auprès des assurés sont effectuées par le personnel du ministère de la Santé et des Services communautaires en vertu de la *Medical Care Insurance Act* (1999) de Terre-Neuve et du Labrador. Les personnes sont choisies au hasard toutes les deux semaines.

2.0 Intégralité

2.1 Services hospitaliers assurés

La *Hospital Insurance Agreement Act* (1990) et le règlement 742/96 des Hospital Insurance Regulations (1996) régissent les services hospitaliers assurés de Terre-Neuve et du Labrador.

Les services hospitaliers assurés sont fournis à des malades externes et à des malades hospitalisés par 32 établissements (15 hôpitaux et 17 centres de santé communautaire) et 17 postes de soins infirmiers. Les services aux malades hospitalisés comprennent :

- l'hébergement et la fourniture des 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 (par ex., physiothérapie, praxithérapie, orthophonie et audiologie);
- les consultations externes et d'urgence;
- les chirurgies d'un jour.

La politique de couverture des services hospitaliers assurés est reliée à la politique de couverture des services médicaux assurés, bien qu'il n'existe pas de processus officiel. Il faut obtenir une directive du Ministère pour ajouter un service hospitalier à la liste des services assurés. Le ministère de la Santé et des Services communautaires gère le processus.

En février 2003, les services de radiologie demandés par des chiropraticiens ont été ajoutés à la liste des services hospitaliers couverts par le régime d'assurance-santé de Terre-Neuve et du Labrador.

2.2 Services médicaux assurés

La loi qui régit les services médicaux assurés est la *Medical Care Insurance Act* (1999).

Les règlements applicables en vertu de la *Medical Care Insurance Act* comprennent :

- ❑ les *Medical Care Insurance Insured Services Regulations*;
- ❑ les *Medical Care Insurance Beneficiaries and Inquiries Regulations*;
- ❑ les *Medical Care Insurance Physician and Fees Regulations*.

Les médecins habilités ont l'autorisation de fournir les services médicaux assurés en vertu du régime d'assurance de Terre-Neuve et du Labrador. Pour pratiquer dans la province, un médecin doit détenir un permis délivré par le Newfoundland Medical Board (conseil des médecins de Terre-Neuve).

Les médecins peuvent décider de ne pas participer au régime d'assurance-santé, comme il est décrit dans le paragraphe 1 de l'article 12 de la *Medical Care Insurance Act* (1999) :

« (1) Si un médecin donnant des services assurés n'est pas un médecin participant¹, il n'est pas soumis à la présente Loi ni aux règlements relatifs à la prestation de services assurés ou au paiement de ces services au moment où il fournit un service assuré à un patient, sauf qu'il doit :

- a) avant de donner le service assuré, s'il désire se réserver le droit de facturer le patient pour le service en question d'un montant qui excède celui payable par le Ministère en vertu de la présente *Loi*, informer le patient qu'il n'est pas un médecin participant et qu'il peut donc facturer le patient directement;

1 La *Medical Care Insurance Act* (1999) entend par « médecin participant » un médecin qui n'a pas choisi, en vertu du paragraphe 7(3), de se faire rembourser pour des services assurés qu'il fournit aux résidents de la province d'une autre manière que par le Ministère.

- b) fournir au patient à qui il a donné le service assuré les renseignements exigés par le Ministère pour qu'il autorise le versement au patient du paiement du service assuré, en vertu de la présente Loi.

(2) Si un médecin donnant des services assurés n'est pas un médecin participant par l'entremise d'une corporation médicale, cette corporation n'est pas soumise à la présente Loi ni aux règlements relatifs à la prestation de services assurés aux bénéficiaires ou au paiement de ces services. La corporation médicale et le médecin donnant les services assurés doivent se conformer au paragraphe (1). »

[traduction libre]

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

- ❑ tous les services donnés de façon justifiée et adéquate par des médecins à des patients souffrant 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 de diagnostic fournis dans des hôpitaux, approuvés par une autorité compétente, et qui ne sont pas fournis en vertu de la *Hospital Insurance Agreement Act* et des règlements y afférents.

Il n'existe aucune restriction quant aux services couverts, pourvu qu'ils respectent l'une ou plus d'une des conditions décrites plus haut.

En 2002-2003, aucun service n'a été radié de la liste des services médicaux assurés couverts par le régime d'assurance-santé de Terre-Neuve et du Labrador.

Il faut obtenir une directive du Ministère pour ajouter un service médical à la liste des services assurés. Ce processus a été entrepris à la suite de consultations menées par le Ministère auprès de divers intervenants, y compris auprès de l'association médicale provinciale. Le ministère de la Santé et des Services communautaires gère le processus et il doit y avoir une consultation publique.

2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

Le régime de chirurgie dentaire provincial est un volet du RASM. Les traitements de chirurgie dentaire justifiés et adéquats, fournis à un assuré par un dentiste dans un hôpital, sont couverts par le RASM si le traitement est d'un type précisé dans la liste des services de chirurgie dentaire assurés.

Tous les dentistes détenteurs d'un permis de pratiquer à Terre-Neuve et au Labrador et qui bénéficient de privilèges hospitaliers sont autorisés à donner des services de chirurgie dentaire. Le permis de pratiquer la chirurgie dentaire est délivré par le Newfoundland Dental Licensing Board (conseil de réglementation sur les soins dentaires de Terre-Neuve).

Les dentistes peuvent opter pour le retrait du régime. Dans ce cas, ils doivent informer les patients de leur statut de dentistes non participants, en précisant les frais auxquels les patients doivent s'attendre et en leur fournissant un dossier écrit sur les services et les frais facturés. Un seul dentiste fait actuellement partie de la catégorie des dentistes non participants.

Puisque le régime de chirurgie dentaire est un volet du RASM, la gestion du régime est reliée au RASM en ce qui concerne les changements apportés à la liste des services assurés. Le ministère de la Santé et des Services communautaires gère le processus.

L'ajout d'un service de chirurgie dentaire à la liste des services assurés est soumis à l'approbation du ministère de la Santé et des Services communautaires.

2.4 Services hospitaliers, services médicaux et services de chirurgie dentaire non assurés

Les services hospitaliers non couverts par le régime comprennent :

- ❑ l'hébergement en chambre privée ou semi-privée à la demande du patient;
- ❑ la chirurgie esthétique et autres services jugés non médicalement nécessaires;

- ❑ le transport en ambulance ou autre transport de patient qui a lieu avant l'admission à l'hôpital ou au moment du congé;
- ❑ les soins infirmiers privés demandés par le patient;
- ❑ les radiographies non médicalement nécessaires ou autres services demandés pour des raisons reliées à l'emploi ou à l'assurance;
- ❑ les médicaments (à l'exception des médicaments anti-rejet 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 travailleurs ou par toute autre loi fédérale ou provinciale;
- ❑ les services reliés aux avortements thérapeutiques effectués dans des établissements non autorisés ou non approuvés par le Newfoundland Medical Board.

L'utilisation des installations hospitalières pour tout service jugé non assuré par le régime d'assurance-santé serait aussi non assurée en vertu du régime d'assurance-hospitalisation.

En vertu de la *Medical Care Insurance Act* (1999), les services médicaux suivants ne sont pas assurés :

- ❑ tout conseil donné au téléphone par un médecin à un patient;
- ❑ la distribution par un médecin de produits médicaux, de médicaments ou d'appareils médicaux ainsi que la remise ou la rédaction d'ordonnances médicales;
- ❑ la préparation par un médecin de dossiers, de rapports ou de certificats pour un patient ou en son nom, ou encore toute communication avec un patient ou ayant trait à un patient;
- ❑ tout service rendu par un médecin à son épouse ou à ses enfants;
- ❑ tout service auquel un patient a droit en vertu d'une loi du Parlement du Canada, d'une loi de la province de Terre-Neuve et du Labrador, d'une loi de n'importe quelle province ou territoire du Canada, ou de toute loi étrangère;

- ❑ le temps pris ou les dépenses engagées pour se déplacer afin de donner une consultation à un patient;
- ❑ les services ambulanciers et les autres formes de transport de patients;
- ❑ l'acupuncture et tous les actes et services relatifs à l'acupuncture, à l'exclusion d'une évaluation initiale spécifiquement reliée au diagnostic de la maladie qu'on se propose de traiter par acupuncture;
- ❑ les examens non nécessités par la maladie ou effectués à la demande d'une tierce partie, sauf s'ils sont précisés par l'autorité compétente;
- ❑ la chirurgie plastique ou toute autre chirurgie effectuée à des fins purement esthétiques, à moins qu'elle ne soit médicalement indiquée;
- ❑ le témoignage en Cour;
- ❑ les consultations d'optométristes, d'omnipraticiens ou d'ophtalmologistes qui ont pour seul but de déterminer si des lunettes ou verres de contact nouveaux ou de remplacement sont requis;
- ❑ les honoraires des dentistes, des chirurgiens dentaires ou des omnipraticiens pour des extractions dentaires de routine effectuées à l'hôpital;
- ❑ le traitement dentaire au fluorure pour les enfants de moins de quatre ans;
- ❑ l'excision de xanthélasmas;
- ❑ la circoncision des nouveau-nés;
- ❑ l'hypnothérapie;
- ❑ l'examen médical pour les conducteurs;
- ❑ les traitements de l'alcoolisme et des toxicomanies effectués à l'extérieur du Canada;
- ❑ la consultation exigée par les règlements de l'hôpital;
- ❑ les avortements thérapeutiques effectués dans la province, mais dans un établissement non approuvé par le Newfoundland Medical Board;
- ❑ le réassignement sexuel chirurgical, lorsqu'il n'est pas recommandé par le Clarke Institute of Psychiatry;
- ❑ la fertilisation in vitro et la stimulation ovarienne accompagnée d'un transfert de sperme;
- ❑ la réperméabilisation tubaire ou la vaso-vasostomie;

- ❑ le diagnostic chirurgical ou les actes thérapeutiques non fournis dans les établissements autres que ceux qui sont mentionnés dans la liste de la *Hospitals Act* ou approuvés en vertu du paragraphe 3(d);
- ❑ les autres services qui ne sont pas couverts par l'article 3 de la Loi.

Tous les 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'un accès prioritaire n'est pas accordé aux tierces parties.

Les fournitures et les services médicaux mis en place et associés à un service assuré sont fournis aux patients gratuitement et conformément aux normes nationales régissant la pratique. Les patients conservent le droit d'améliorer les fournitures ou les services médicaux réguliers en payant davantage. Les normes concernant les fournitures médicales sont élaborées par les hôpitaux qui donnent ces services, en consultation avec les fournisseurs de services.

Les services de chirurgie dentaire et les autres services non couverts par le Surgical-Dental Program sont les honoraires du dentiste, du chirurgien stomatologiste ou de l'omnipraticien pour les extractions dentaires de routine effectuées à l'hôpital.

3.0 Universalité

3.1 Admissibilité au régime

Les résidents de Terre-Neuve et du Labrador sont admissibles à la couverture offerte en vertu du régime de soins de santé provincial.

La *Medical Care Insurance Act* (1999) définit un « résident » comme une personne légalement autorisée à vivre ou à rester au Canada et qui réside dans la province, ou qui y vit habituellement, à l'exclusion des personnes qui font du tourisme, sont de passage ou en visite dans la province.

Le règlement 20-96 des Medical Care Insurance Beneficiaries and Inquiries Regulations établit les résidents admissibles à la couverture offerte en vertu des régimes. En tant qu'administrateur des règlements, le RASM a établi des règles

pour s'assurer que, dans le traitement des demandes, les règlements sont appliqués de façon cohérente et juste.

Les personnes non admissibles à la couverture offerte en vertu des régimes comprennent :

- ❑ les étudiants et les personnes à leur charge qui sont déjà couverts par une autre province ou territoire;
- ❑ les personnes à charge des résidents, si elles sont couvertes par une autre province ou territoire;
- ❑ les réfugiés, ceux qui ont demandé qu'on leur accorde le statut de réfugié et les personnes à leur charge;
- ❑ les travailleurs étrangers détenant des permis de travail ainsi que les personnes à leur charge qui ne répondent pas aux critères établis;
- ❑ les étudiants étrangers et les personnes à leur charge;
- ❑ les personnes qui font du tourisme, sont de passage ou en visite ainsi que les personnes à leur charge;
- ❑ le personnel des Forces armées canadiennes et de la Gendarmerie royale du Canada;
- ❑ les détenus sous responsabilité fédérale;
- ❑ le personnel des Forces armées d'autres pays stationné dans la province.

3.2 Exigences relatives à l'inscription au régime

Pour avoir accès aux services assurés, il faut s'inscrire en vertu du RASM et posséder une carte d'assurance-santé valide. Les nouveaux résidents sont avisés de faire leur demande d'inscription aussi rapidement que possible après leur arrivée à Terre-Neuve ou au Labrador.

L'inscription d'un nouveau-né ou d'un enfant adopté relève des parents. Les parents d'un nouveau-né se verront remettre un formulaire de demande d'inscription au moment du congé de l'hôpital. Dans la plupart des cas, les demandes de couverture pour un nouveau-né devront être accompagnées du numéro de RASM valide d'un des parents. Si le nom de famille de l'enfant diffère de celui des parents,

un certificat de naissance ou de baptême sera exigé.

Les demandes de couverture d'un enfant adopté devront être accompagnées d'une copie des documents d'adoption officiels, du certificat de naissance de l'enfant ou d'un avis de placement en vue d'une adoption fournis par le ministère de la Santé et des Services communautaires. Les demandes de couverture d'un enfant ayant été adopté à l'extérieur du Canada devront être accompagnées des documents de résident permanent de l'enfant.

Au 15 avril 2003, un total de 560 644 assurés actifs étaient inscrits au RASM.

3.3 Autres catégories de personnes

Les travailleurs et les ecclésiastiques étrangers, ainsi que les personnes à charge des membres de l'OTAN sont admissibles à la couverture de l'assurance-santé. Les détenteurs de permis ministériels y sont aussi admissibles, à condition qu'ils reçoivent l'approbation du régime.

4.0 Transférabilité

4.1 Délai minimal de résidence

Les personnes assurées dans une autre province ou un autre territoire qui déménagent à Terre-Neuve ou au Labrador sont admissibles à la couverture à compter du premier jour du troisième mois suivant le mois de leur arrivée.

Les personnes qui arrivent de l'extérieur du Canada pour établir leur résidence dans la province sont admissibles à la couverture le jour même de leur arrivée. Les mêmes règles s'appliquent aux membres des Forces canadiennes et de la GRC qui prennent leur retraite et aux détenus libérés de pénitenciers fédéraux. Cependant, pour que la couverture soit effective, il est nécessaire de s'inscrire en vertu du RASM. Une couverture immédiate est accordée aux personnes de l'extérieur du Canada qui sont autorisées à travailler dans la province pour une année ou plus.

4.2 Couverture durant des absences temporaires (au Canada)

Terre-Neuve et le Labrador sont parties à l'Accord sur l'admissibilité et la transférabilité en ce qui concerne les questions ayant trait à la transférabilité de services assurés au Canada.

Les articles 12 et 13 des Hospital Insurance Regulations (1996) définissent la transférabilité de la couverture des soins hospitaliers au cours d'absences temporaires à l'intérieur et à l'extérieur du Canada. La transférabilité de la couverture des soins médicaux au cours d'absences temporaires à l'intérieur et à l'extérieur du Canada est définie dans la politique du ministère de la Santé et des Services communautaires.

La politique d'admissibilité prévue pour les services hospitaliers assurés est liée à la politique d'admissibilité aux services médicaux assurés, bien qu'il n'existe pas de processus officiel.

Une couverture est offerte aux résidents de la province quand ils s'absentent temporairement de la province, mais qu'ils restent au Canada. La province a conclu des ententes officielles, c.-à-d. l'Entente de facturation réciproque des soins hospitaliers, avec les autres provinces et territoires pour la facturation réciproque des services hospitaliers assurés. Les coûts de ces services sont remboursés selon des taux normalisés approuvés par la province ou le territoire hôte. Les procédures coûteuses pour le traitement de malades hospitalisés et les services fournis aux malades externes sont remboursés en fonction des taux nationaux auxquels les régimes de santé des provinces et territoires ont consenti.

Dans toutes les provinces et les territoires, à l'exception du Québec, les services médicaux fournis sont payés, grâce à l'Entente de facturation réciproque des soins médicaux, aux taux de la province ou du territoire hôte. Les réclamations concernant les services médicaux reçus au Québec sont présentées par le patient au RASM pour paiement aux taux de la province hôte.

Afin d'être admissible à une couverture en dehors de la province, un bénéficiaire doit observer la législation et les règles du RASM en ce qui a trait à la résidence à Terre-Neuve et au Labrador. Pour être assurée, une personne doit

résider dans la province durant au moins quatre mois consécutifs pour chaque période de douze mois. En général, les règles concernant la couverture médicale et hospitalière durant les absences sont les suivantes :

- ❑ avant de quitter la province pour des périodes prolongées, les personnes doivent communiquer avec le RASM pour obtenir un certificat de couverture hors province;
- ❑ les assurés quittant la province pour des vacances peuvent recevoir un certificat de couverture hors province initial afin d'être couverts pour une période d'au plus douze mois. À leur retour, les assurés doivent résider dans la province pendant un minimum de quatre mois consécutifs. Par la suite, les certificats émis ne le seront que pour une couverture allant jusqu'à huit mois;
- ❑ les étudiants quittant la province peuvent recevoir un certificat, renouvelable chaque année, à la condition qu'ils fournissent la preuve de leur inscription à des études à plein temps dans une école reconnue située à l'extérieur de la province;
- ❑ les personnes quittant la province pour occuper un emploi peuvent recevoir un certificat couvrant une période d'au plus douze mois; une vérification de l'emploi peut alors être exigée;
- ❑ les personnes ne doivent pas établir leur résidence dans une autre province, un autre territoire ou un autre pays tout en maintenant leur couverture en vertu du régime d'assurance-soins médicaux de Terre-Neuve;
- ❑ pour les voyages hors province d'une durée de trente jours ou moins, un certificat de couverture hors province n'est pas exigé, mais il sera délivré sur simple demande;
- ❑ pour les voyages hors province d'une durée de plus de trente jours, un certificat est exigé comme preuve que la personne peut payer les services qu'elle obtient pendant qu'elle est à l'extérieur de la province;
- ❑ le fait de ne pas demander la couverture hors province ou de ne pas se soumettre aux règles concernant la résidence peut avoir pour conséquence, pour le résident, d'avoir à payer le coût total de toute facture pour des services médicaux ou hospitaliers reçus hors province.

Les résidents assurés qui déménagent de façon permanente dans d'autres parties du Canada sont couverts jusqu'au dernier jour du deuxième

mois suivant le mois de leur départ, ce dernier jour étant inclus. La couverture est immédiatement interrompue quand des résidents déménagent de façon permanente dans d'autres pays.

4.3 Couverture durant des absences temporaires (à l'étranger)

La province offre une couverture à ses résidents durant leurs absences temporaires du Canada. Les services hospitaliers fournis à des malades hospitalisés et à des malades externes à l'extérieur du pays sont couverts en cas d'urgences, de maladies subites et de traitements non urgents, à des taux préétablis. Les services hospitaliers seront considérés comme couverts sous le régime de santé lorsque ces services assurés sont fournis par un établissement reconnu (autorisé ou approuvé par l'autorité compétente qui se trouve à l'intérieur de l'État ou du pays où se situe cet établissement à l'extérieur du Canada). Le montant maximal payable par l'assurance-hospitalisation gouvernementale pour des soins hospitaliers fournis à l'étranger à des malades hospitalisés est de 350 \$ par jour si les services assurés sont fournis dans un hôpital communautaire ou régional. Lorsque les services assurés sont fournis dans un hôpital de soins tertiaires (établissement hautement spécialisé), le taux approuvé est de 465 \$ par jour. Le taux approuvé pour des services fournis à des malades externes est de 62 \$ par visite; pour l'hémodialyse, le montant approuvé est de 220 \$ par traitement. Les taux approuvés sont payés en monnaie canadienne.

Les services médicaux sont couverts en cas d'urgences ou de maladies subites de même que pour des services non urgents qui ne sont pas disponibles dans la province ou au Canada. Les services médicaux sont payés au taux qui aurait été payé à Terre-Neuve et au Labrador pour le même service. Si les services ne sont pas disponibles à Terre-Neuve ou au Labrador, ils sont habituellement payés aux taux de l'Ontario ou aux taux s'appliquant dans une province où ils sont disponibles.

4.4 Nécessité d'une approbation préalable

Pour les services assurés médicalement nécessaires donnés par des hôpitaux autorisés ou par des médecins habilités qui habitent dans d'autres provinces ou territoires, aucune autorisation préalable n'est exigée.

Si un résident de la province doit se rendre à l'extérieur du pays pour obtenir des soins hospitaliers spécialisés parce que le service assuré n'est pas disponible au Canada, le régime provincial d'assurance-santé payera le coût des services nécessaires à ses soins. Toutefois, dans de telles circonstances, il faut obtenir une approbation préalable auprès du ministère de la Santé et des Services communautaires. Les médecins orienteurs doivent communiquer avec le Ministère ou le RASM pour obtenir une approbation préalable.

Aucune approbation préalable n'est exigée pour les services médicaux; toutefois, il est suggéré que les médecins obtiennent une autorisation préalable auprès du régime de façon à sensibiliser les patients à l'aspect financier des services. Les omnipraticiens et les spécialistes peuvent demander une approbation préalable au nom de leurs patients. L'approbation préalable n'est pas accordée pour la prestation de services non urgents à l'étranger si ces services sont disponibles dans la province ou ailleurs au Canada.

5.0 Accessibilité

5.1 Accès aux services de santé assurés

À Terre-Neuve et au Labrador, l'accès aux services de santé assurés est accordé selon des modalités et conditions uniformes. Dans la province, il n'existe aucune exigence de participation aux frais, dans le cas des services hospitaliers assurés, ni aucune surfacturation par les médecins.

5.2 Accès aux services hospitaliers assurés

Au 31 mars 2003, Terre-Neuve et le Labrador comptaient 1 677 lits dotés en personnel dans 15 hôpitaux, 17 centres de santé communautaire et 17 postes de soins infirmiers.

Les effectifs de professionnels de la santé constituent une priorité absolue dans cette province, particulièrement dans les régions rurales. Par le truchement du Comité de planification des ressources humaines du ministère de la Santé et des Services communautaires, un important exercice de planification des ressources humaines est en cours depuis les dernières années. Les travaux de ce comité permettront d'établir une série complète de recommandations pour traiter plusieurs des grands problèmes. L'exercice permettra de cerner un modèle de planification pour fournir des prévisions quinquennales de la demande et de l'offre en ce qui concerne les diverses ressources humaines en santé.

Terre-Neuve et le Labrador comptent un effectif de professionnels de soins de santé de près de 20 000 personnes. La moitié de ces personnes font partie de groupes professionnels réglementés.

Le nombre d'infirmières praticiennes dans la province se situe maintenant à environ 50, un petit nombre de postes spécialisés étant prévu pour les soins tertiaires.

Parmi les autres initiatives liées aux soins infirmiers, il convient de mentionner un programme d'encouragement du Nord Canadien pour les infirmières des régions éloignées et nordiques; un programme de bourses pour les infirmières cliniciennes qui prévoit le versement d'une somme maximale de 5 000 \$ à chacune des infirmières inscrites au programme de formation des infirmières cliniciennes; le programme d'encouragement pour les soins infirmiers dans les régions rurales, lequel prévoit le versement d'une somme maximale de 1 500 \$ aux étudiantes de quatrième année du Baccalauréat en sciences infirmières; ainsi que la bourse gouvernementale annuelle en administration des soins infirmiers de 500 \$ pour les titulaires d'une maîtrise en sciences infirmières.

La recherche se poursuit dans le cadre de projets financés par Développement des

ressources humaines Canada et la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. Parmi les projets, il convient de mentionner un projet sur les répercussions de la restructuration des soins de santé, des études sur les ressources humaines et des examens opérationnels. Terre-Neuve et le Labrador sont membres de l'Atlantic Consortium for Research Utilization in Nursing et participent, à titre de site pilote, avec Santé Canada à la mise à l'essai d'un modèle de simulation de ressources humaines pour les infirmières autorisées et les infirmières auxiliaires autorisées.

Il y a toujours une pénurie de personnel dans d'autres groupes professionnels comme la pharmacie, la physiothérapie, l'orthophonie, l'audiologie, l'ergothérapie et la psychologie. Des mesures de recrutement ciblées et des programmes d'encouragement sont en place, comme les bourses d'études et l'achat de places.

Dans le budget 2002, le gouvernement a consenti la somme de 300 000 \$ au Bachelor of Nursing Collaborative Program, et ce, afin d'augmenter d'au moins 32 le nombre d'étudiantes acceptées au programme.

Le gouvernement a affecté la somme de 800 000 \$ à la St. John's Health Care Corporation afin de mettre sur pied une unité d'évaluation psychiatrique et de court séjour à St. John's.

La somme de 2,7 millions de dollars a été consentie afin de permettre aux clients et aux agences de services de soutien à domicile d'augmenter de 4 p. 100 le salaire des travailleurs de soutien.

Une somme additionnelle de 1,3 million de dollars a été affectée aux foyers de soins personnels et aux clients recevant ces soins afin d'augmenter le nombre de subventions destinées aux personnes et d'accroître les taux prévus pour les foyers de soins personnels.

Des améliorations ont été apportées aux services offerts par des programmes comme les soins cardiaques et les soins pédiatriques. Depuis avril 2002, près de 7 millions de dollars ont été investis afin d'accroître le nombre de chirurgies cardiaques par semaine et un deuxième laboratoire de cathétérisme cardiaque a été mis sur pied afin de réduire le temps

d'attente pour les tests de diagnostic associés aux maladies du cœur.

Le gouvernement a annoncé l'élargissement du programme provincial de dépistage du cancer du col de l'utérus pour comprendre les régions sanitaires du Centre, de Grenfell et du Labrador. Le gouvernement a aussi annoncé la tenue de consultations publiques sur la charte de santé provinciale, sous la forme dans laquelle elle a été présentée dans le document de travail intitulé « Building a Healthier Future », le plan de santé stratégique de la province.

En 2002-2003, les dépenses totales au titre des initiatives sur le développement des jeunes enfants et sur la Prestation nationale pour enfants, y compris les améliorations additionnelles apportées aux services pour autistiques et aux programmes des ressources familiales, s'élevaient à 1,7 million de dollars.

Pour ce qui est de la disponibilité de certains services et matériel diagnostics, médicaux, chirurgicaux et thérapeutiques dans les établissements offrant des services hospitaliers assurés:

- ❑ l'imagerie par résonance magnétique (IRM) est offerte à St. John's;
- ❑ les tomodensitomètres ne sont disponibles qu'à St. John's, à Carbonear, à Clarendville, à Gander, à Grand Falls-Windsor, à Corner Brook, à St. Anthony et à Happy Valley/Goose Bay;
- ❑ les services de dialyse rénale sont offerts à St. John's, à Clarendville, à Grand Falls-Windsor, à Corner Brook et à Stephenville;
- ❑ la thérapie anticancéreuse est offerte au Dr. H. Bliss Murphy Cancer Centre, à St. John's, et aux cliniques satellites à Gander, à Grand Falls-Windsor, à Corner Brook et à St. Anthony;
- ❑ environ 80 p. 100 des services chirurgicaux sont offerts à St. John's, à Gander, à Grand Falls-Windsor, à Corner Brook et à St. Anthony. Une gamme complète de services chirurgicaux de base et certains services chirurgicaux de sous-spécialité sont offerts à tous les endroits; la chirurgie tertiaire, comme la traumatologie, la chirurgie cardiaque et la neurochirurgie, est offerte uniquement à St. John's;
- ❑ un autre 20 p. 100 des services chirurgicaux sont offerts dans six hôpitaux de taille moyenne à Carbonear, à Clarendville, à Burin,

à Stephenville, à Happy Valley-Goose Bay et à Labrador City. Ces installations offrent des services chirurgicaux de base.

5.3 Accès aux services médicaux et aux services de chirurgie dentaire assurés

Le nombre de médecins pratiquant dans la province est relativement stable. En ce qui concerne les médecins, le ministère de la Santé et des Services communautaires est résolu à travailler avec les conseils régionaux de santé à l'élaboration d'un plan de ressources humaines qui repose sur le principe de l'accès aux services.

Afin d'augmenter le recrutement en milieu rural, on a apporté des améliorations aux échelles salariales et accordé des primes de maintien en poste aux médecins salariés, en fonction de leur répartition géographique. De plus, des primes pour les services hospitaliers fournis par des omnipraticiens dans des hôpitaux ruraux ont aussi été accordées.

Les questions relatives aux niveaux de services et à l'accessibilité (temps d'attente) sont étudiées par les conseils régionaux de santé et les corrections nécessaires, par exemple, l'augmentation du nombre de chirurgies cardiaques effectuées chaque semaine, sont apportées au gré des besoins.

Au cours de 2002-2003, 11 nouveaux médecins de la province avaient auparavant bénéficié de l'aide financière accordée par le programme de bourses de voyage, le programme de bourses pour les médecins spécialistes résidents, le programme d'incitation à la pratique destiné aux étudiants en médecine et aux résidents ou le programme de bourses destiné aux résidents en psychiatrie. Au total, 40 bourses ont été décernées à des étudiants et à des résidents de différentes années cette année-là.

Un nouveau bureau provincial de recrutement de médecins est devenu opérationnel à la faculté de médecine de la Memorial University of Newfoundland.

En ce qui concerne les services de chirurgie dentaire, quatre dentistes diplômés et un chirurgien stomatologiste non agréé pratiquent dans la province. Un total de 21 dentistes

généralistes détiennent des privilèges hospitaliers.

5.4 Rémunération des médecins

La loi régissant les honoraires versés aux médecins et aux dentistes au titre des services assurés est la *Medical Care Insurance Act* (1999).

Les ententes sur la rémunération des médecins sont négociées entre le gouvernement provincial de Terre-Neuve et du Labrador et la Newfoundland and Labrador Medical Association (NLMA), avec la participation de la Newfoundland and Labrador Health Boards Association, selon des méthodes de négociation traditionnelles et officielles. Le Physician Services Liaison Committee (comité de liaison des services de médecins) a été créé en octobre 2002 comme mécanisme de collaboration permettant au gouvernement et à la NLMA de traiter les questions médicales de préoccupation commune. Le mécanisme de règlement de différends sur lequel on s'est entendu est celui de la médiation. Le gouvernement et la Medical Association ont opté pour l'arbitrage exécutoire en octobre 2002 pour conclure une entente pour les trois prochaines années. La *Medical Association Agreement Act*, adoptée le 19 décembre 2002, exigeait que la décision du conseil d'arbitrage soit définitive et obligatoire pour la province et l'association.

Les méthodes actuelles de rémunération des médecins pour la prestation des services de santé assurés comprennent la rémunération à l'acte, à salaire et à forfait, et le financement global à la séance.

5.5 Paiements aux hôpitaux

Le ministère de la Santé et des Services communautaires est responsable du financement des conseils régionaux pour les opérations permanentes et les achats de biens d'équipement. Le financement des services assurés est accordé aux conseils au moyen d'un budget annuel global et ces fonds annuels sont répartis en douze paiements mensuels versés à l'avance. Les paiements sont versés aux conseils régionaux conformément à la *Hospital Insurance Agreement Act* (1990) et à la *Hospitals Act*. L'obligation des conseils de

rendre des comptes au gouvernement comprend la nécessité de se conformer aux exigences annuelles de production de rapports du Ministère, ce qui inclut des états financiers vérifiés et d'autres données financières et statistiques. Le processus d'établissement du budget global accorde à tous les conseils désignés le pouvoir, la responsabilité et l'obligation de rendre compte en ce qui a trait à l'allocation budgétaire, au moment de la réalisation de leurs mandats.

Tout au long de l'exercice, les conseils de santé peuvent présenter au ministère de la Santé et des Services communautaires des demandes de financement additionnel fondées sur des changements survenus dans les programmes ou sur une augmentation de la charge de travail. Ces demandes seront examinées et, si elles sont approuvées par le Ministère, financées à la fin de chaque exercice. Toutes les corrections du niveau annuel de financement, comme dans le cas d'augmentations de salaire négociées, de postes supplémentaires approuvés ou de changements dans les programmes, sont financées en fonction de la date d'entrée en vigueur de ces augmentations et des besoins de trésorerie de l'exercice en question.

Les conseils ont de constants défis à relever en raison des demandes accrues du système de santé, alors que les coûts augmentent, que les charges de travail du personnel s'alourdissent, que les attentes des patients sont plus grandes et que les technologies de pointe exigent toujours plus de temps, de ressources et de financement. Les conseils continuent à travailler de concert avec le ministère de la Santé et des Services communautaires pour traiter ces questions et fournir des services de santé efficaces et de qualité.

6.0 Reconnaissance accordée aux transferts fédéraux

Le financement que consent le gouvernement fédéral par le truchement du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux a été reconnu et consigné par le gouvernement de Terre-Neuve et du Labrador dans des communiqués de presse, dans les sites Web du gouvernement et dans divers autres documents.

Pour l'exercice 2002-2003, ces documents comprenaient :

- ❑ les comptes publics de 2002-2003, volume I;
- ❑ les prévisions pour 2003-2004;
- ❑ le discours du budget de 2003.

Ces rapports, qui ont été déposés par le gouvernement à l'Assemblée législative, sont accessibles aux résidents de Terre-Neuve et du Labrador, et ont été communiqués à Santé Canada à titre d'information.

7.0 Services complémentaires de santé

Le gouvernement de Terre-Neuve et du Labrador a mis sur pied des programmes de soins de longue durée en établissement et des programmes communautaires comme solutions de rechange aux services hospitaliers. Ces programmes sont assurés par sept conseils régionaux et sont décrits ci-dessous.

Services de soins infirmiers à domicile

L'hébergement de longue durée en établissement est prévu pour les clients nécessitant des soins infirmiers importants dans 18 centres de santé communautaire et 19 maisons de repos. Il y a environ 2 800 lits se trouvant dans 37 établissements. Les résidents paient un maximum de 2 800 \$ par mois, en fonction de leur capacité de payer, déterminée selon les critères provinciaux d'évaluation de la situation financière. Le reste du financement requis pour faire fonctionner ces établissements est fourni par le ministère de la Santé et des Services communautaires.

Foyers de soins personnels

Les personnes ayant besoin de visites de surveillance ou d'assistance minimale dans les activités quotidiennes peuvent se prévaloir des services résidentiels offerts dans les foyers de soins personnels. Il y a environ 2 400 lits dans 110 foyers situés dans l'ensemble de la province. Ces foyers sont exploités par le secteur privé à but lucratif. Les résidents paient un maximum de 1 110 \$ par mois, montant

établi au moyen d'une évaluation de chaque client selon des critères financiers normalisés. En 2002-2003, 66 subventions de plus ont été consenties en vertu d'un plan quinquennal visant à permettre à un plus grand nombre de personnes âgées d'avoir accès à ce type de services en établissement.

Services de soins à domicile

Les services de soins à domicile comprennent les soins de soutien professionnel et non professionnel permettant aux personnes de demeurer chez elles aussi longtemps que possible sans risque. Les services professionnels comprennent les soins infirmiers et certains programmes de réadaptation. Ces services sont financés par l'État et assurés par le personnel dont les six conseils régionaux ont retenu les services.

Les services non professionnels comprennent les soins personnels, l'administration de la maison, les soins de répit et la maîtrise du comportement. Ces services sont assurés par des aides à domicile par l'entremise d'une agence ou en vertu d'ententes de soins autogérés. L'admissibilité aux services non professionnels est établie à l'aide d'une évaluation de la situation financière du client selon les critères provinciaux. Le plafond actuel établi pour les services de soutien à domicile est de 2 707 \$ pour les personnes âgées et de 3 875 \$ pour les personnes handicapées.

Programme d'aide spéciale

Le programme provincial d'aide spéciale offre des services élémentaires d'aide financière et d'aide dans les activités quotidiennes aux personnes admissibles. Ces services comprennent l'accès à des fournitures médicales, à de l'oxygène, à des orthèses et à de l'équipement.

Régimes d'assurance-médicaments

Le régime d'assurance-médicaments destiné aux aînés est offert aux résidents de plus de 65 ans qui reçoivent le Supplément de revenu garanti et qui sont inscrits à la Sécurité de la vieillesse. L'assurance couvre la partie du coût des produits d'ordonnance assurés qui correspond aux ingrédients. Tous les coûts

additionnels, tels les honoraires du pharmacien, sont à la charge de l'assuré. Les prestataires du soutien du revenu sont admissibles au Social Services Drug Plan qui couvre le coût total des produits d'ordonnance assurés, ce qui comprend une marge bénéficiaire fixe et les honoraires du pharmacien.

Autres programmes

Le ministère de la Santé et des Services communautaires administre les programmes de services ambulanciers aériens et routiers par l'intermédiaire de la Division des services de santé d'urgence. Le programme de services ambulanciers aériens fournit le transport et les soins médicaux aux patients dans la province, ainsi que vers des hôpitaux hors province, lorsque c'est justifié. Les services ambulanciers aériens transportent aussi les patients, le personnel médical et l'équipement dans les collectivités isolées de la province ou en dehors de celles-ci, au besoin. Le programme de services ambulanciers routiers fournit le transport et les soins médicaux aux résidents qui sont accessibles par voie terrestre, à un coût raisonnable pour l'utilisateur. Tant pour les services ambulanciers aériens que pour les services routiers, des frais modérateurs sont exigés.

Les résidents qui doivent utiliser une ligne aérienne commerciale pour avoir accès à des services assurés médicalement nécessaires non disponibles dans leur région de résidence ou dans la province peuvent être admissibles à une aide financière en vertu du Programme d'aide pour le transport des malades. Ce programme est administré par le ministère de la Santé et des Services communautaires. Les donneurs de rein ainsi que les donneurs de moelle osseuse et de cellules-souches peuvent recevoir une aide financière, conformément aux dispositions prévues à cette fin par la Health Care Corporation of St. John's, lorsque le receveur est un résident de Terre-Neuve et du Labrador admissible à la couverture en vertu du régime d'assurance-hospitalisation et du régime d'assurance-soins médicaux de Terre-Neuve.

Le régime de soins dentaires comprend une composante de soins dentaires pour les enfants et une composante d'aide sociale. Dans le premier cas, le programme couvre les services dentaires suivants pour les enfants de moins de douze ans : examens tous les six mois,

nettoyage tous les douze mois, applications de fluorure tous les douze mois pour les enfants de six à douze ans, radiographies (certaines restrictions sont imposées), obturations et extractions, et certaines autres procédures précises qui doivent être approuvées avant le traitement. Les services suivants sont offerts en vertu du volet de l'aide sociale aux bénéficiaires de l'aide sociale de treize à dix-sept ans : examens (tous les 24 mois); radiographies (certaines restrictions sont imposées); les obturations et extractions ordinaires; les extractions d'urgence, lorsque le malade consulte le dentiste en raison de douleur, d'une infection ou d'un traumatisme. Les adultes recevant des prestations d'aide sociale sont admissibles aux soins d'urgence et aux extractions. Les assurés couverts en vertu du régime de soins dentaires doivent verser une quote-part directement au dentiste pour chaque service assuré (p. ex., obturations, extractions, etc.), à l'exception des examens, des nettoyages, des applications de fluorure, des radiographies et des tenons en cas d'obturation. Lorsqu'il s'agit d'un prestataire du soutien du revenu, la quote-part est versée par le régime de soins dentaires.

8.0 Documents supplémentaires présentés à Santé Canada

Healthier Together: A Strategic Health Plan for Newfoundland and Labrador

adresse internet :

<http://www.gov.nl.ca/health/strategiehealthplan/pdf/HealthyTogetherdocument.pdf>

Comptes Public Accounts (2002-2003)

adresse internet :

<http://www.gov.nl.ca/ComptrollerGeneral/pubs.htm>

Budget 2002-2003 de Terre-Neuve et Labrador (adresse 3-21-2002) Documents de référence :

- points saillants;
- évaluation; et
- l'économie 2002.

adresse internet :

<http://www.gov.nf.ca/Budget2003/>

*Building a Healthier Future: A Public Discussion
Paper on a Provincial Health Charter*

adresse internet :

<http://www.gov.nf.ca/health/pdffiles/HealthCharter2003.pdf>

Medical association Agreement Act

adresse internet :

<http://www.gov.nf.ca/hoa/statutes/m04-1.htm>

L'Île-du-Prince-Édouard

Introduction

Le ministère de la Santé et des Services sociaux est un vaste système complexe de services intégrés qui visent la protection, le maintien et l'amélioration de la santé et du mieux-être des Prince-Édouardiens.

Notre souci premier est d'établir un système durable. Les dépenses en matière de santé et de services sociaux ont augmenté très rapidement au cours des dernières années, pour atteindre 42 p. 100 des dépenses totales du gouvernement provincial en matière de programmes sociaux. À ce rythme-là, les dépenses pourraient atteindre 50 p. 100 de l'ensemble des dépenses d'ici cinq ans. L'une des raisons qui entravent notre capacité de maintenir les services est le manque de professionnels de la santé.

Le taux élevé de maladies chroniques comme les maladies cardiovasculaires, le cancer, le diabète et les maladies mentales dans la province nous préoccupe. Les projets de mieux-être peuvent aider les Prince-Édouardiens à prendre la responsabilité de leur santé et à leur permettre d'atteindre le meilleur état de santé possible. La réalisation de tels objectifs passe par l'établissement de partenariats avec les communautés en vue de promouvoir de saines habitudes de vie et de réduire les facteurs de risque qui contribuent à l'apparition de maladies chroniques, de même que par l'élargissement de l'accès aux services de santé primaires qui appuient la prévention des maladies et la gestion des soins thérapeutiques.

Le recrutement, la conservation du personnel et la planification des ressources humaines demeureront prioritaires afin de garantir une disponibilité de main-d'œuvre adéquate et un juste équilibre de professionnels de la santé et des services sociaux pour être en mesure de répondre aux nouveaux besoins. Les initiatives de conservation du personnel reposent sur des programmes complets de bien-être en milieu de travail, programmes qui font la promotion de l'excellence organisationnelle, de saines pratiques en matière d'hygiène personnelle et de milieux de travail positifs et sécuritaires.

Aperçu du système de santé et des services sociaux

L'Île-du-Prince-Édouard jouit d'un système de santé administré et financé par le gouvernement qui garantit l'accès universel aux services hospitaliers et médicaux requis, conformément à la *Loi canadienne sur la santé*. Le gouvernement provincial finance en tout ou en partie de nombreux autres services de santé et services sociaux.

Le système comprend une vaste gamme de services de santé et de services sociaux intégrés comme les soins de courte durée, la lutte contre les toxicomanies, la santé mentale, l'aide sociale et les services de logement. Certains services spécialisés comme la chirurgie cardiaque et les services de neurotraumatologie sont accessibles par l'intermédiaire du système de santé régional.

En décembre 2002, on a procédé à une restructuration du système de santé de l'Île-du-Prince-Édouard. L'Agence provinciale des services de santé a été créée pour administrer tous les services hospitaliers de soins actifs, y compris le traitement du cancer, la santé mentale et les toxicomanies. Les régies régionales de la santé d'Eastern Kings et de Southern Kings ont fusionné pour former la Régie régionale de la santé de Kings.

Établissements

L'Île-du-Prince-Édouard compte deux hôpitaux de recours et cinq hôpitaux communautaires, pour un total de 474 lits. En plus de disposer de sept résidences pour personnes âgées administrées par le gouvernement et pouvant accueillir 546 personnes pour des soins de longue durée, les Prince-Édouardiens ont accès à 407 lits supplémentaires dans des foyers privés de soins infirmiers. Le système comprend également plusieurs établissements de lutte contre les dépendances et de soins de santé mentale, 1 167 unités d'hébergement pour personnes âgées et 461 unités de logement familial.

Les travaux de construction d'un établissement de santé à Summerside, au coût de 50 millions de dollars, seront terminés à l'automne 2003.

Les hôpitaux de recours offrent des services de tomographie par ordinateur et un large éventail de services d'imagerie diagnostique. Un nouvel accélérateur linéaire et des services d'IRM sont maintenant disponibles.

Ressource humaines

Le secteur public des services de santé et de services sociaux repose sur une main-d'œuvre d'environ 4 000 personnes. L'Île-du-Prince-Édouard compte 200 professionnels de la santé pour 10 000 habitants, comparativement à la moyenne nationale de 182 par 10 000 habitants¹.

Structure

Le système comprend le ministère de la Santé et des Services sociaux, l'Agence provinciale des services de santé (APSS) et quatre régions régionales de la santé dirigées par des conseils régionaux de la santé. Le Ministère travaille conjointement avec les régions régionales de la santé et l'APSS à établir des objectifs, à élaborer des politiques et des normes de résultats et à affecter des ressources. Les régions régionales de la santé s'occupent de la planification et de la prestation des services de santé primaire et des services sociaux. L'APSS est responsable de la prestation des services de soins actifs.

Ressources financières

Au cours des dix dernières années, le budget du gouvernement provincial consacré à la santé et aux services sociaux est passé de 270 millions à plus de 410 millions de dollars en 2002-2003, soit une hausse moyenne d'environ 5 p. 100 par année. Cette augmentation est due à l'inflation, à la croissance de la population, aux nouvelles technologies et à une plus grande utilisation des services par tous les groupes d'âge.

Les principales dépenses en santé et en services sociaux sont réparties comme suit : les services hospitaliers, 31 p. 100; les services sociaux, 21 p. 100; les soins de longue durée, 10 p. 100; les services médicaux, 12 p. 100; les autres services (programmes provinciaux de

lutte contre la drogue, services infirmiers de santé publique et services de toxicomanie), 26 p. 100.

Questions névralgiques

Disponibilité des professionnels de la santé

L'un des plus graves problèmes auxquels le système doit faire face concerne le maintien d'un nombre adéquat de travailleurs. On s'attend à ce que le recrutement de personnes qualifiées et la conservation des employés représentent un défi dans tout le marché du travail au cours des prochaines années en raison de l'important changement démographique en cours. Les effets de cette tendance se font d'abord sentir dans le secteur de la santé, domaine exigeant en main-d'œuvre et qui dépend d'un effectif qualifié, en particulier dans les régions moins peuplées comme l'Île-du-Prince-Édouard. La disponibilité des professionnels de la santé est en déclin en raison de l'augmentation de l'âge moyen de la population active, du nombre de personnes qui prennent leur retraite et de la diminution des diplômés dans le domaine des soins de santé. Pour pallier la baisse de professionnels, le système doit se concentrer sur le mieux-être en milieu de travail et sur la planification des ressources humaines en vue d'assurer un nombre suffisant de professionnels de la santé répartis selon un juste équilibre pour répondre aux besoins changeants.

Demande et attentes du public

La demande de services augmente dans presque tous les secteurs, et ce, pour diverses raisons, notamment la croissance de la population, la disponibilité de nouveaux médicaments et de nouvelles technologies, et les attentes de plus en plus élevées du public. Les gens veulent plus de médecins, plus d'infirmières, plus de médicaments, plus de technologies et plus de services familiaux. Ils veulent pouvoir accéder aux soins dans leur propre collectivité. Ils s'inquiètent aussi devant les listes d'attente. Bien que ces attentes à la hausse plaident pour une augmentation des dépenses consacrées aux soins de courte durée, elles limitent grandement la capacité du système à innover et à transférer les ressources dans des domaines qui pourraient répondre à d'autres besoins.

1 Institut canadien d'information sur la santé, 1997.

L'accroissement des attentes du public par rapport au système représente un problème très grave. La demande à elle seule ne peut se permettre de mener le système. Le public doit être mieux informé sur l'accessibilité raisonnable et la nécessité d'effectuer des changements dans la prestation des services, en particulier les services de santé primaires.

Accès approprié aux services de santé primaires

On reconnaît de plus en plus que les investissements dans le domaine des services de santé primaires ont une grande incidence sur la santé et sur la durabilité du système de santé. Les services de santé primaires sont les services auxquels les gens accèdent en premier lieu et le plus souvent, comme les services de médecins de famille, les services infirmiers de santé publique, les programmes de dépistage, les services de toxicomanie et les services communautaires de santé mentale.

Pratiques personnelles en matière de santé

Les personnes qui comprennent et acceptent leur propre responsabilité en ce qui concerne leur santé sont plus en mesure de surveiller et d'améliorer leur santé.

La capacité des gens à accepter d'être responsables de leur santé est influencée par des conditions sociales et économiques. Il importe donc de définir des stratégies globales pour examiner ces conditions. Il est crucial que le système de santé augmente sa capacité de travailler avec d'autres pour aider les particuliers, les familles et les collectivités à accepter la responsabilité d'améliorer leur santé et de se garder en bonne santé.

Population vieillissante

Avec le vieillissement de la génération du baby-boom, nous connaissons le plus important changement démographique de notre histoire. On s'attend à ce que la proportion de la population de l'Île-du-Prince-Édouard âgée de 65 ans et plus passe de 13 p. 100 aujourd'hui à 15 p. 100 en 2011, et à 27 p. 100 en 2036. Ce phénomène engendrera diverses répercussions sur le système de santé. On pense que le nombre de cas de maladies comme le cancer, les maladies coronariennes, le diabète et la démence augmentera. La demande devrait aussi être à la hausse pour les soins de courte

durée, les soins de longue durée, les soins à domicile, les soins de santé mentale et autres services. Ce problème prend encore plus d'ampleur lorsqu'on considère que la main-d'œuvre dans le domaine de la santé vieillit aussi. Les membres de la famille seront moins nombreux pour aider leurs parents âgés, et la quantité des ressources requises pour maintenir les services pour les personnes âgées pourrait avoir des répercussions négatives sur d'autres services gouvernementaux touchant la santé. Il est essentiel que le système de santé soit prêt à répondre à ces nouveaux besoins.

Prévention et traitement de la maladie

De nombreuses maladies sont évitables. Il est possible de prévenir la méningite, par exemple, par un vaccin. On peut empêcher la propagation des maladies transmissibles sexuellement grâce à un comportement sexuel responsable. On peut aussi éviter nombre de maladies chroniques. Les facteurs de risque des maladies cardiovasculaires et du cancer peuvent être réduits ou éliminés grâce à l'éducation et au soutien qui entraînent des changements dans les habitudes de vie.

Selon l'Organisation mondiale de la Santé, le diabète prend les proportions d'une épidémie partout dans le monde. À l'Île-du-Prince-Édouard, des 17 nouveaux cas diagnostiqués tous les mois au milieu des années 1970, on est passé à 45 cas par mois au milieu des années 1990. On s'attend à ce que ce nombre atteigne 65 en 2006. On sait de façon claire et irréfutable que le fait de surveiller sa glycémie peut prévenir ou retarder l'apparition de graves complications du diabète, comme les cardiopathies, la cécité et les maladies du rein, problèmes de santé qui engendrent d'énormes coûts humains et financiers. On prévoit que les cas de cancer et de diabète augmenteront de façon importante dans la province avec le vieillissement de la population. Il est essentiel que notre système déploie de nouveaux efforts pour aider les Prince-Édouardiens à prévenir, à retarder et à gérer ces maladies.

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 des Services sociaux, est le moyen de prestation de l'assurance-hospitalisation à l'Île-du-Prince-Édouard. Il est autorisé en vertu de la *Hospital and Diagnostic Services Insurance Act (1988)*, qui prévoit l'assurance des services comme il est indiqué dans l'article 2 de la *Loi canadienne sur la santé*.

La partie I de la Loi stipule que le ministre exerce l'autorité et détient les pouvoirs suivants :

- ❑ assurer la mise en valeur et le maintien d'un réseau équilibré et intégré d'hôpitaux, d'écoles d'infirmières et d'établissements de santé connexes dans toute la province;
- ❑ approuver ou refuser la fondation de nouveaux hôpitaux et la création ou l'agrandissement d'établissements de santé connexes;
- ❑ approuver ou désapprouver toute subvention aux hôpitaux pour la construction ou l'entretien;
- ❑ établir et administrer, seul ou en collaboration avec un ou plusieurs organismes, des instituts de formation pour le personnel hospitalier et le personnel qui y est rattaché;
- ❑ mener des enquêtes et diriger des programmes de recherche en vue d'obtenir des données statistiques à ces fins;
- ❑ approuver ou rejeter des hôpitaux ou d'autres installations pour l'application de la Loi, conformément aux règlements;
- ❑ sous réserve de l'approbation du lieutenant-gouverneur en conseil, prendre toute autre mesure que le ministre juge nécessaire ou utile pour traduire efficacement l'intention et les visées de la Loi.

Outre les responsabilités et les pouvoirs énumérés dans la partie I de la Loi, le ministre exerce l'autorité et détient les pouvoirs suivants :

- ❑ administrer le régime d'assurance-hospitalisation établi par la Loi et les règlements;

- ❑ déterminer les sommes à verser aux hôpitaux et défrayer ceux-ci pour les services assurés fournis aux personnes assurées en vertu du régime d'assurance-hospitalisation;
- ❑ faire des rajustements rétroactifs avec les hôpitaux pour les sommes impayées ou versées en trop pour des services assurés, selon les coûts déterminés conformément à la Loi et aux règlements;
- ❑ percevoir et déboursier toutes les sommes afférentes au régime d'assurance-hospitalisation;
- ❑ approuver ou refuser les frais imposés aux patients par les hôpitaux de l'Île-du-Prince-Édouard qui reçoivent des paiements en vertu du régime d'assurance-hospitalisation;
- ❑ conclure des accords avec des hôpitaux situés à l'extérieur de l'Île-du-Prince-Édouard et avec d'autres gouvernements et autorités responsables du régime d'assurance-hospitalisation établies par d'autres gouvernements pour fournir des services assurés aux personnes assurées;
- ❑ prescrire les formulaires nécessaires ou souhaitables pour traduire l'intention et les visées de la Loi;
- ❑ désigner des inspecteurs et d'autres représentants officiels ayant la responsabilité et le pouvoir d'obtenir et d'examiner l'information contenue dans les registres comptables des hôpitaux, les livres, les déclarations, les rapports et les états financiers vérifiés et d'en faire rapport;
- ❑ désigner des médecins praticiens ayant la responsabilité et le pouvoir d'obtenir et d'examiner l'information contenue dans les dossiers médicaux et les autres dossiers tenus par les hôpitaux, y compris les courbes des patients et leur dossier médical et les notes rédigées par les infirmières, les rapports et les relevés de compte des patients qui reçoivent ou ont reçu des services assurés;
- ❑ désigner des inspecteurs ayant la responsabilité et le pouvoir d'inspecter et d'examiner les livres, les relevés de compte et les dossiers des employeurs et des percepteurs dans le but d'obtenir de l'information relative aux hôpitaux et au régime d'assurance;
- ❑ retenir le paiement des services assurés pour toute personne assurée dont, selon le

ministre, l'état de santé ne nécessitait pas de tels services;

- ❑ agir comme premier responsable des achats pour les achats de médicaments, de produits biologiques ou de préparations connexes de tous les hôpitaux de la province; superviser, vérifier et inspecter l'utilisation des médicaments, des produits biologiques et des préparations connexes par les hôpitaux de la province et retenir ou réduire les sommes versées, en vertu de la Loi, à un hôpital qui ne respecte pas les règlements relatifs à l'achat de médicaments, de produits biologiques et de préparations connexes;
- ❑ superviser et assurer l'utilisation efficace et économique de toute aide ou procédure diagnostique ou thérapeutique utilisée par ou dans les hôpitaux, et retenir ou réduire les sommes versées, en vertu de la Loi, à un hôpital qui ne respecte pas les règlements relatifs à l'utilisation de ces aides et procédures.

Le ministre de la Santé, par l'intermédiaire du ministère de la Santé et des Services sociaux, a la responsabilité de l'efficacité et de l'efficacités globales du système de santé provincial. Le Ministère a notamment la responsabilité :

- ❑ d'établir des orientations et des priorités générales;
- ❑ d'élaborer des politiques et des stratégies, des lois, des normes et des mesures provinciales;
- ❑ de surveiller l'état de santé dans la province;
- ❑ de surveiller l'Agence provinciale des soins de santé (APSS) et les quatre régions régionales de la santé et de s'assurer que celles-ci respectent les règlements et se conforment aux normes;
- ❑ d'évaluer le rendement du système de santé;
- ❑ d'affecter des fonds à l'APSS et aux quatre régions régionales de la santé;
- ❑ d'améliorer la qualité et la gestion d'un système d'information sur la santé complet à l'échelle de la province;
- ❑ de garantir l'accès à des services de santé de haute qualité;
- ❑ de régler les questions de l'heure sur la santé et d'examiner les nouvelles technologies avant de les appliquer;
- ❑ d'administrer directement certains services et programmes.

L'APSS et les quatre régions régionales de la santé sont responsables de la prestation des services conformément à la *Health and Community Services Act* (1993). Elles administrent les hôpitaux, les centres de santé, les résidences pour personnes âgées et les établissements psychiatriques et recrutent les médecins, les infirmières et les autres travailleurs de la santé. Elles ont la responsabilité :

- ❑ d'évaluer les besoins en santé de la population de leur région;
- ❑ d'informer et de conseiller la population;
- ❑ d'affecter et de gérer les ressources, d'établir les priorités, de recruter le personnel et de tirer le meilleur parti des ressources disponibles;
- ❑ de consulter d'autres organismes œuvrant dans le domaine de la santé;
- ❑ d'élaborer des politiques, des normes et des mesures;
- ❑ de planifier et de coordonner, avec le Ministère et d'autres autorités, la prestation d'une gamme complète de services de santé;
- ❑ de promouvoir la santé et le bien-être dans leur communauté;
- ❑ de rendre disponible l'information sur les choix concernant la santé et les services de santé pour la population;
- ❑ d'assurer un accès raisonnable aux services de santé;
- ❑ de surveiller et d'évaluer le rendement et d'en faire rapport à la population et au Ministère.

En décembre 2001, les régions sanitaires de l'Île-du-Prince-Édouard ont reçu l'agrément du Conseil canadien d'agrément des services de santé. Les résultats du processus d'agrément ont été annoncés à la suite d'un vaste processus d'autoévaluation et de sondages effectués en juin 2001 par une équipe composée de onze médecins et administrateurs principaux de services de santé venant de tous les coins du pays.

1.2 Liens hiérarchiques

Le ministère de la Santé et des Services sociaux présente un rapport annuel au ministre responsable, qui le dépose devant l'Assemblée

législative. Le rapport annuel fournit de l'information sur les principes directeurs du Ministère et sur les responsabilités législatives de celui-ci, donne une vue d'ensemble et une description des activités des divisions du Ministère et met en relief les principales statistiques de l'année.

La Loi stipule que l'APSS et les quatre régies régionales de la santé doivent soumettre, à l'automne, un rapport annuel au ministre de la Santé et des Services sociaux. Ce dernier peut demander toute autre information qu'il juge nécessaire sur les activités des régies régionales de la santé et sur la prestation des services de santé dans leurs zones de responsabilité. Les régies régionales de la santé doivent tenir des réunions publiques annuelles et y présenter de l'information sur leurs activités et la prestation des services de santé.

1.3 Vérification des comptes

Le vérificateur général de la province vérifie annuellement les comptes publics de la province de l'Île-du-Prince-Édouard. Ces comptes sont constitués des activités financières, des revenus et des dépenses du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Chaque régie régionale de la santé a la responsabilité d'engager son propre cabinet d'experts-comptables pour vérifier annuellement ses états financiers. Les états financiers vérifiés sont soumis au ministre et au ministère du Trésor provincial. Les rapports sont présentés aux réunions publiques tenues annuellement dans chaque région. Les états financiers vérifiés sont également présentés devant l'Assemblée législative et compris dans les comptes publics publiés de la province de l'Île-du-Prince-Édouard.

En vertu de l'*Audit Act*, le vérificateur général provincial a le pouvoir discrétionnaire d'effectuer des vérifications supplémentaires touchant l'ensemble des activités ou des programmes précis menés par le ministère de la Santé et des Services sociaux, ainsi que par l'APSS et chacune des quatre régies régionales de la santé.

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). Les règlements qui accompagnent cette loi (1996) définissent les services aux patients hospitalisés et les services ambulatoires assurés qui sont offerts sans frais aux personnes admissibles. Les services hospitaliers assurés sont les suivants :

- les services de soins infirmiers nécessaires;
- les services de laboratoire;
- les procédures de radiologie et les autres procédures diagnostiques;
- les frais d'hébergement et de repas au tarif d'une chambre ordinaire;
- les préparations médicamenteuses, les produits biologiques et les préparations connexes prescrites par un médecin traitant et administrées à l'hôpital;
- les salles d'opération, les chambres d'attente et les installations d'anesthésie;
- les fournitures chirurgicales courantes;
- les services de radiothérapie et de physiothérapie fournis à l'hôpital.

Depuis mars 2003, sept établissements de soins de courte durée participent au régime d'assurance de la province. Outre les 454 lits pour soins de courte durée, ces établissements comptent 20 lits pour soins de réadaptation, 19 lits pour des chirurgies d'un jour telles que définies dans la *Hospitals Act* (1988) et sept lits de malades chroniques assurés. Un établissement supplémentaire, le Prince Edward Home, compte 50 lits de malades chroniques assurés.

2.2 Services médicaux assurés

La loi habilitante qui prévoit la prestation de services médicaux assurés est la *Health Services Payment Act* (1988). Elle a été modifiée en 1996 pour inclure le processus de planification des ressources médicales.

Les services médicaux assurés sont fournis par des médecins praticiens qui sont autorisés par le Collège des médecins et chirurgiens. Il y a

189 praticiens qui ont facturé le régime d'assurance au 31 mars 2003.

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 ne peut facturer le régime pour les services rendus. Lorsqu'un médecin ou un praticien non participant fournit un service requis sur le plan médical, le paragraphe 10(2) exige qu'il informe ses patients qu'il ne participe pas au régime d'assurance et qu'il leur fournisse toute l'information nécessaire pour leur permettre de recouvrer les frais assumés pour les services rendus auprès du ministre de la Santé.

En vertu du paragraphe 10.1 de la *Health Services Payment Act*, un médecin ou un praticien participant peut choisir, sous réserve des règlements et conformément à ceux-ci, de percevoir des frais à l'extérieur du régime pour un patient particulier ou un service de santé de base spécial. Il doit alors informer les patients avant de fournir le service qu'ils seront facturés directement pour le service rendu. Lorsqu'un médecin ou un praticien fait ce choix, il doit en informer le ministre et exiger du patient la totalité des frais liés au service rendu.

Au 31 mars 2003, aucun médecin n'avait choisi de se retirer du régime d'assurance-santé.

Tout service de santé de base rendu par un médecin et nécessaire sur le plan médical est couvert par le régime d'assurance-santé. Les services assurés se définissent comme suit :

- ❑ la plupart des services rendus par les médecins à leur bureau, à l'hôpital ou au domicile du patient;
- ❑ les services chirurgicaux nécessaires sur le plan médical, dont les services d'anesthésistes et d'aides-infirmières en chirurgie, lorsqu'ils s'avèrent nécessaires;
- ❑ les services obstétricaux, dont les soins prénatals et postnatals, les soins aux nouveau-nés et les soins exigés par toute complication à la grossesse telle qu'une fausse couche ou une césarienne;
- ❑ certaines procédures de chirurgie buccale nécessaires sur le plan médical et pratiquées à l'hôpital, avec approbation préalable, par un chirurgien stomatologiste;
- ❑ les procédures de stérilisation, pour les femmes et pour les hommes;

- ❑ le traitement des fractures et des dislocations;
- ❑ certains services de spécialistes assurés, lorsque le patient a été adéquatement aiguillé par un médecin traitant.

En 2002-2003, aucun service n'a été ajouté à la liste des services médicaux assurés.

Un service médical peut être ajouté à la liste des services assurés à la suite d'une négociation entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et la *Medical Society of Prince Edward Island*.

2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

Les services dentaires ne sont pas couverts par le régime. Seuls les spécialistes en chirurgie maxillo-faciale sont remboursés par le régime. Cette catégorie comporte actuellement deux chirurgiens. Les procédures chirurgicales dentaires comprises comme services de santé de base dans le tarif des honoraires sont couvertes uniquement lorsque le médecin traitant confirme que l'état du patient du point de vue médical nécessite une intervention à l'hôpital ou au bureau et qu'il reçoit une approbation préalable.

L'ajout d'un service chirurgical dentaire à la liste des services assurés nécessite des négociations entre la Dental Association of Prince Edward Island et le ministre de la Santé et des Services sociaux.

2.4 Services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

Les services hospitaliers provinciaux 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 d'essence ou de déplacement, à moins qu'ils ne soient approuvés par le Ministère;
- ❑ les conseils ou les prescriptions par téléphone, à l'exception de la supervision de l'anticoagulothérapie;

- ❑ les examens requis pour le travail, les assurances, les études, etc.;
- ❑ les examens, les vaccinations ou les inoculations en groupe, à moins qu'ils n'aient été autorisés au préalable par le Ministère;
- ❑ la préparation de dossiers, de rapports, de certificats ou de communications, à l'exception des certificats d'internement dans un établissement psychiatrique ou de désintoxication (drogues ou alcool);
- ❑ les témoignages en cour;
- ❑ les chirurgies à caractère esthétique, à moins qu'elles ne soient nécessaires sur le plan médical;
- ❑ les services dentaires autres que les procédures comprises 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 physiothérapie, la chiropraxie, la podologie, l'optométrie, l'ostéopathie, la psychologie, la naturopathie, l'audiologie, l'acupuncture et les traitements similaires;
- ❑ le rétablissement de la fertilité;
- ❑ la fertilisation *in vitro*;
- ❑ les services rendus par une autre personne lorsque le médecin superviseur est absent ou non disponible;
- ❑ les services rendus par un médecin à des membres de sa famille, à moins qu'il n'ait reçu l'approbation du Ministère au préalable;
- ❑ tout autre service que le Ministère peut, sur recommandation du comité médical consultatif, déclarer non assuré.

Les services hospitaliers provinciaux 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 rendus dans le cadre d'une chirurgie purement esthétique; les appareils pour usage personnel comme le téléphone et la télévision; les médicaments, les produits biologiques, les prothèses et les orthèses utilisés après avoir obtenu le congé de l'hôpital; les extractions dentaires, sauf dans les cas où le patient doit être admis à l'hôpital pour des raisons médicales, avec l'approbation préalable

du ministère de la Santé et des Services sociaux.

La suppression d'un service du régime d'assurance-santé s'effectue en collaboration avec la Medical Society of Prince Edward Island et le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Tous les habitants de l'Île-du-Prince-Édouard 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 des frais additionnels.

La province n'a pas de processus officiel pour assurer la conformité; cependant, les renseignements fournis par les médecins, les administrateurs d'hôpitaux ainsi que les professionnels et autres travailleurs de la santé permettent au ministère de la Santé et des Services sociaux de suivre de près les questions liées à l'utilisation du système et aux services comme tels.

3.0 Universalité

3.1 Admissibilité au régime

L'article 3 de la *Health Services Payment Act* et de ses règlements définit l'admissibilité aux régimes d'assurance-santé. Les régimes sont conçus pour offrir une couverture aux habitants admissibles de l'Île-du-Prince-Édouard (c'est-à-dire à toute personne légalement autorisée à demeurer au Canada et qui occupe ordinairement sa résidence de l'Île-du-Prince-Édouard au moins six mois plus un jour par année).

Toutes les personnes qui viennent s'établir à l'Île-du-Prince-Édouard doivent s'inscrire auprès du Ministère pour devenir admissibles aux régimes. Les personnes de l'extérieur de la province qui établissent une résidence permanente à l'Île-du-Prince-Édouard deviennent admissibles aux services médicaux et hospitaliers assurés le premier jour du troisième mois suivant le mois de leur arrivée.

Les membres de la population qui ne sont pas admissibles à la couverture du régime

d'assurance-santé de l'Île-du-Prince-Édouard sont les membres des Forces armées canadiennes (FAC), les membres de la Gendarmerie royale du Canada (GRC), les détenus des pénitenciers fédéraux et les personnes admissibles à certains services en raison d'autres programmes gouvernementaux tels que l'Indemnisation des travailleurs ou les programmes du ministère des Anciens Combattants.

Les personnes inadmissibles peuvent devenir admissibles dans les cas suivants : lorsque les membres des FC ou de la GRC et les détenus de pénitenciers sont démobilisés, libérés ou libérés à la suite d'un congé de réadaptation. Lorsque la libération est accordée par les FAC, la province où la personne était incarcérée ou stationnée au moment de la démobilisation ou de la libération, ou la province de résidence au moment de la fin du congé de réadaptation, selon le cas, fournira la couverture initiale pour la période d'attente habituelle qui peut aller jusqu'à trois mois. Les détenus de pénitenciers en liberté conditionnelle seront traités de la même manière que les détenus libérés.

Les étudiants étrangers, les touristes, les personnes de passage et les visiteurs de l'Île-du-Prince-Édouard ne peuvent être reconnus comme des habitants de la province et, de ce fait, ne sont pas admissibles aux avantages offerts par l'assurance-hospitalisation ni par l'assurance médicale.

3.2 Exigences relatives à l'inscription au régime

Les nouveaux habitants de l'Île-du-Prince-Édouard et les personnes qui reviennent y habiter doivent s'inscrire au régime d'assurance-santé en remplissant un formulaire d'inscription auprès du Ministère. Après avoir examiné la demande pour s'assurer qu'elle contient toute l'information nécessaire, on délivre une carte santé que l'on envoie à la personne dans un délai de deux semaines. Le renouvellement de l'assurance a lieu tous les cinq ans, et les personnes en sont avisées par écrit six semaines avant le renouvellement.

Il y avait 141 031 personnes inscrites au régime d'assurance-santé de l'Île-du-Prince-Édouard au 31 mars 2003.

3.3 Autres catégories de personnes

Les étudiants étrangers, 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. Les réfugiés du Kosovo constituent une exception à cette catégorie et sont admissibles à l'assurance-santé et à la couverture des soins médicaux à l'Île-du-Prince-Édouard. Le 31 mars 2003, 61 réfugiés du Kosovo étaient inscrits au régime d'assurance-santé.

4.0 Transférabilité

4.1 Délai minimal de résidence

Les personnes assurées 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 personnes qui s'absentent chaque année pour des vacances d'hiver ou des situations semblables nécessitant des absences régulières doivent résider à l'Île-du-Prince-Édouard au moins six mois plus un jour chaque année pour être admissibles à l'assurance en cas de maladie subite ou de situation d'urgence survenant à l'extérieur de la province, conformément à l'alinéa 5.1e) de la *Health Services Payment Act*.

Le terme « absence temporaire » est défini comme une période d'absence de la province pouvant aller jusqu'à 182 jours au cours d'une période de 12 mois pour des raisons de vacances, de visite ou d'engagement professionnel. Les personnes qui quittent la province dans ces circonstances doivent en informer le Ministère avant leur départ.

L'Île-du-Prince-Édouard participe aux ententes de facturation réciproque pour les services médicaux et hospitaliers.

Le tarif est de 576 \$ par jour pour un séjour à l'hôpital. Le tarif interprovincial courant pour les

consultations externes est de 110 \$. La méthode utilisée pour calculer ces tarifs est fondée sur le coût du même service rendu à l'Île-du-Prince-Édouard.

4.3 Couverture durant des absences temporaires à l'étranger

La *Health Services Payment Act* est la loi habilitante qui définit la transférabilité de l'assurance-santé durant des absences temporaires à l'étranger, conformément à l'alinéa 5(1)e) de la *Health Services Payment Act*.

Les Prince-Édouardiens assurés peuvent séjourner temporairement à l'extérieur du pays pour une période de 12 mois, et ce, une fois seulement. Les étudiants qui fréquentent un établissement d'enseignement agréé dans un autre pays doivent fournir annuellement une preuve de leur inscription délivrée par cet établissement. Les étudiants doivent informer le Ministère à leur retour au pays.

Pour les Prince-Édouardiens qui quittent le pays pour des raisons professionnelles pour une période de plus d'un an, la couverture se termine le jour du départ de la personne.

Pour ceux qui voyagent à l'extérieur du Canada, la couverture en cas de situation d'urgence ou de maladie subite sera fournie au taux de l'Île-du-Prince-Édouard uniquement, en monnaie canadienne. Il incombe aux personnes de payer la différence entre le montant total facturé et le montant déboursé par le Ministère.

Les sommes versées pour des services d'urgence assurés reçus à l'étranger totalisaient 105 531 \$ en 2002-2003.

4.4 Nécessité d'une approbation préalable

Une approbation préalable du Ministère s'avère nécessaire pour recevoir des services médicaux ou hospitaliers non urgents à l'extérieur de la province. Les Prince-Édouardiens qui veulent recevoir ces services peuvent demander une approbation préalable par l'intermédiaire d'un médecin de l'Île-du-Prince-Édouard. Une couverture complète peut être assurée pour les services non urgents ou facultatifs (assurés à

l'Île-du-Prince-Édouard) si le médecin en a fait la demande auprès du Ministère. Il est essentiel d'obtenir une approbation préalable du directeur médical du ministère de la Santé et des Services sociaux 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-santé de l'Île-du-Prince-Édouard permettent de recevoir des services selon des conditions uniformes pourvu qu'ils n'entravent pas ou n'empêchent pas un accès raisonnable à ces services pour les personnes assurées.

5.2 Accès aux services hospitaliers assurés

Les sept établissements de soins de courte durée de l'Île-du-Prince-Édouard comptent un nombre total de 474 lits approuvés (454 lits pour les soins de courte durée et 20 lits pour les soins de réadaptation). On dénombre également 23 lits pour les soins de courte durée réservés aux services hospitaliers assurés dans un établissement psychiatrique. Il n'existe pas de données relatives à l'admission pour ces lits. Durant l'exercice 2002-2003, il y a eu, en tout, 16 335 admissions. Le nombre de jours d'occupation des lits pour soins de courte durée des hôpitaux de l'Île-du-Prince-Édouard atteignait 133 391 jours (en excluant les nouveau-nés), et la durée moyenne de séjour était de 7,7 jours. On ne dispose d'aucune donnée sur le nombre d'admissions, la durée du séjour et le nombre de jours d'occupation de lits de malades chroniques.

Accélérateur linéaire

En avril 2000, le gouvernement a annoncé des projets visant à élargir la gamme des services offerts au PEI Cancer Treatment Centre, grâce à l'ajout d'un accélérateur linéaire. On a également fait une étude des

répercussions et un plan fonctionnel à propos des services étendus de traitement du cancer. Ces services étendus sont maintenant opérationnels.

Imagerie par résonance magnétique (IRM)

En avril 2000, le gouvernement a annoncé l'extension des services d'imagerie diagnostique pour les Prince-Édouardiens grâce à l'achat d'une unité IRM pour le Queen Elizabeth Hospital. Ces services IRM sont devenus opérationnels en 2002-2003.

Services ambulanciers

Les modifications apportées à la *Public Health Act* concernant les services médicaux d'urgence et aux règlements afférents ont été approuvées pour la proclamation le 1^{er} janvier 2001. Cette loi prévoit des améliorations à l'administration et à la prestation des services médicaux d'urgence.

En avril 2000, le gouvernement a annoncé la création d'un programme de soutien au transport pour recevoir des soins médicaux à l'extérieur de la province (Out of Province Medical Transport Support Program), programme destiné à couvrir une partie des frais du transport en ambulance à l'extérieur de la province. Ce programme permet de réduire les frais que les personnes admissibles doivent payer lorsqu'elles doivent recevoir des soins médicaux spécialisés à l'extérieur de la province.

Accessibilité – Nouvelles initiatives

La stratégie de recrutement des infirmières, annoncée dans le cadre du budget provincial 2000, en est à la quatrième année de son plan quadriennal. Toutes les stratégies ont été mises en œuvre dans la province. Bien que la stratégie vise tous les secteurs des soins de santé, on accorde la priorité au secteur institutionnel, qui couvre les soins de courte durée et les soins de longue durée. Le Ministère évaluera les résultats des stratégies.

5.3 Accès aux services médicaux et de chirurgie dentaire assurés

Les services médicaux sont accessibles dans toute la province, sauf pour les spécialités où il existe des postes à pourvoir. On a entrepris de recruter des médecins de famille, des

anesthésistes, des radiologistes, des radiooncologues, des psychiatres et un plasticien.

5.4 Rémunération des médecins

On se sert d'un processus de négociation collective pour déterminer la rémunération des médecins. Les équipes de négociation sont nommées par les deux parties, les médecins et le gouvernement, afin de représenter les intérêts respectifs au cours du processus. Une nouvelle convention triennale a été négociée et expirera le 31 mars 2004.

La loi qui régit le paiement des médecins et des dentistes pour des services assurés est la *Health Services Payment Act*.

La plupart des médecins travaillent suivant la formule de la rémunération à l'acte. Des plans de paiement de rechange ont toutefois été élaborés, et certains médecins reçoivent des salaires, des rémunérations à forfait et des rémunérations à la vacation. Ces modalités de paiement de rechange sont de plus en plus courantes et semblent être le choix des nouveaux diplômés.

5.5 Paiements aux hôpitaux

L'APSS et les quatre régions régionales de la santé sont responsables de la prestation des services hospitaliers dans la province, conformément à la *Health and Community Services Act*. Les besoins financiers (budgétaires) sont établis annuellement par consultation avec le ministère de la Santé et des Services sociaux et soumis à l'approbation de l'Assemblée législative au cours du processus budgétaire annuel.

Les paiements (avances) effectués aux autorités sanitaires régionales pour les services hospitaliers sont approuvés par le Ministère en fonction des besoins de trésorerie et sont tributaires des montants approuvés au budget.

La méthode de financement normale consiste à recourir à un budget global ajusté annuellement pour tenir compte des coûts croissants associés à certains facteurs tels que les conventions collectives, les médicaments, les fournitures médicales et l'exploitation des établissements.

6.0 Reconnaissance accordée aux transferts fédéraux

Le gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard reconnaît la contribution du gouvernement fédéral fournie par l'intermédiaire du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux dans son budget 2002-2003 et les documents budgétaires connexes, de même que dans les comptes publics 2002-2003, déposés devant l'Assemblée législative et mis à la disposition des habitants de l'Île-du-Prince-Édouard.

7.0 Services de santé complémentaires

Les services de santé complémentaires ne sont pas assurés, à l'exception des services fournis pour les lits de malades chroniques assurés en vertu de l'article 2.1. Les services de santé complémentaires sont fournis par l'intermédiaire de l'APSS et des quatre régies régionales de la santé du système de santé et des services sociaux. Des services aux foyers de soins sont disponibles lorsque les comités d'admission et de placement régionaux autorisent le placement dans les résidences pour personnes âgées du gouvernement et les foyers de soins privés autorisés. On utilise l'outil d'évaluation des services normalisé pour déterminer les besoins en services des personnes pour toutes les admissions aux foyers de soins. La province compte 18 foyers de soins privés et gouvernementaux qui totalisent 953 lits, dont des lits réservés aux soins de relève. La province octroie des sommes à 71 p. 100 des personnes qui résident dans des foyers de soins en vertu de la partie 2 des règlements afférents à la *Social Assistance Act*. Le gouvernement fédéral alloue des sommes à environ 8 p. 100 des personnes et les 21 p. 100 des personnes restantes financent elles-mêmes les soins qu'elles reçoivent. Les foyers de soins de l'Île-du-Prince-Édouard fournissent des soins de niveau 4 et de niveau 5.

Outre les foyers de soins, l'Île-du-Prince-Édouard compte 36 établissements de soins communautaires autorisés. Au 31 mars 2003, il y avait 949 lits, en tout, dans ces

établissements. Les 35 p. 100 des personnes qui reçoivent des sommes du gouvernement font l'objet d'une évaluation financière en vertu de la partie 1 de la *Social Assistance Act*. Les 65 p. 100 des personnes restantes financent elles-mêmes les soins qu'elles reçoivent. Les établissements de soins communautaires donnent des soins des niveaux 1 à 3.

Les services de soutien et de soins à domicile, également non assurés, constituent un autre aspect des soins complémentaires. Les services de soutien comprennent les soins infirmiers à domicile, les auxiliaires familiales, le soutien communautaire, la protection des adultes et les soutiens professionnels et de physiothérapie. On utilise l'outil d'évaluation des personnes âgées pour déterminer la nature et le type de service nécessaire. Les services professionnels à domicile sont actuellement fournis gratuitement au client, mais sont assujettis à un plafond budgétaire. Les services des auxiliaires familiales font l'objet d'une tarification décroissante selon l'évaluation du revenu d'une personne. La demande de soins à domicile continue d'augmenter dans la province.

8.0 Documentation supplémentaire présentée à Santé Canada

- ❑ Rapport annuel du ministère de la Santé et des Services sociaux pour 2001-2002 (publié en mai 2003)
http://www.gov.pe.ca/photos/original/hss_ann_2001-02.pdf
- ❑ Comptes publics 2002
<http://www.gov.pe.ca/publications/findpublications.php3?keyword=public+accounts&dept=&month=&year>
- ❑ Budget 2002-2003
Les pièces justificatives comprennent :
 - points saillants;
 - évaluation;
 - papiers; et
 - prévisions.<http://www.gov.pe.ca/budget/>

- PEI Health Indicators: Provincial and Regional Common Health Indicators (publié en septembre 2002)
http://www.gov.pe.ca/photos/original/hss_common_repo.pdf

Nouvelle-Écosse

Introduction

En Nouvelle-Écosse, la gestion de la prestation quotidienne des services de santé incombe aux neuf autorités sanitaires de district (ASD) de la province. Ces ASD ont été créées en vertu de la *Health Authorities Act*, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2001. L'adoption de cette loi a rapproché la Nouvelle-Écosse de son objectif d'établir un système de soins de santé abordable, de haute qualité et viable.

En vertu de la *Health Authorities Act*, les ASD sont tenues de fournir au ministre de la Santé des états financiers mensuels et trimestriels ainsi que des états financiers vérifiés de fin d'année. Elles doivent aussi présenter des rapports annuels, qui fournissent des mises à jour sur la mise en œuvre de leurs plans d'activités. Ces dispositions assurent une plus grande responsabilisation financière. Les articles de la *Health Authorities Act* reliés aux rapports financiers et à la planification des activités sont entrés en vigueur le 1^{er} avril 2001.

Conformément à la *Loi sur les finances de la province (2000)* ainsi qu'aux politiques et aux lignes directrices du gouvernement, le ministre de la Santé doit présenter un compte rendu annuel décrivant les résultats obtenus en fonction de son plan d'activités pour l'exercice financier visé. Le compte rendu de l'exercice 2002-2003 sera disponible vers la fin de 2003.

La Nouvelle-Écosse s'engage toujours à assurer la prestation de services jugés médicalement nécessaires qui sont conformes aux principes de la *Loi canadienne sur la santé*.

En mars 2003, le ministre de la Santé a diffusé un plan pour améliorer la santé intitulé « Your Health Matters ». Le plan est axé sur la promotion de la santé, l'augmentation du nombre de médecins et d'infirmières, la diminution des listes d'attente, le soin des aînés et les services de santé au sein des collectivités.

Des renseignements additionnels sur les soins de santé en Nouvelle-Écosse sont disponibles sur le site Web du ministre de la Santé à l'adresse suivante :

www.gov.ns.ca/health

1.0 Gestion publique

1.1 Régime d'assurance-santé et autorité publique

En Nouvelle-Écosse, deux régimes couvrent les services de santé assurés : le régime d'assurance-hospitalisation et le Medical Services Insurance Plan (MSI). Le régime d'assurance-hospitalisation est géré par le ministre de la Santé en vertu de la *Health Services and Insurance Act*, chapitre 197, Revised Statutes of Nova Scotia, 1989, articles 3(1), 5, 6, 10, 15, 16, 17(1), 18 et 35, loi adoptée par l'autorité législative en 1958.

Le régime MSI est administré et géré en vertu de la loi susmentionnée (articles 8, 13, 17(2), 23, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 35) par une autorité à but non lucratif formée du ministre de la Santé et de la Maritime Medical Care Incorporated (maintenant connue sous le nom de Service Croix Bleue de l'Atlantique).

L'article 3 de la *Health Services and Insurance Act* stipule, sous réserve des dispositions de la Loi et du règlement afférent, que tous les résidents de la province ont le droit de recevoir des services hospitaliers assurés selon des modalités uniformes, et que tous les Néo-Écossais sont assurés, selon des modalités uniformes, du paiement des coûts des services professionnels assurés, et ce, jusqu'au tarif établi. En vertu de l'article 8 de la Loi, le ministre de la Santé peut, à l'occasion, avec l'approbation du gouverneur en conseil, conclure, modifier ou résilier, avec une ou des personnes, les ententes qu'il juge nécessaires à la création, à la mise en œuvre et à la réalisation du régime MSI.

En vertu du protocole d'entente de 1992, la Maritime Medical Care Incorporated (MMC - maintenant connue sous le nom de Service Croix Bleue de l'Atlantique) a reçu mandat :

- ❑ de déterminer l'admissibilité des fournisseurs qui participent au régime;
- ❑ de planifier et de mettre en œuvre des programmes d'information et d'éducation pour s'assurer que l'ensemble des

personnes et des fournisseurs connaissent leurs droits et leurs responsabilités en vertu du régime;

- d'effectuer des paiements, en vertu du régime, pour toute réclamation ou catégorie de réclamations dans le cas de services de santé assurés que la province est tenue de payer;
- d'élaborer un système de vérification et d'évaluation des réclamations et des paiements pour assurer un processus de vérification continu et établir d'autres structures administratives nécessaires à l'accomplissement de son mandat.

1.2 Liens hiérarchiques

Le Service Croix Bleue de l'Atlantique doit remettre à la province, au plus tard le vingtième jour de chaque mois, des rapports mensuels de dépenses, sous la forme établie par la province, comprenant les détails demandés. Dans les trente jours précédant la fin du trimestre d'exercice, le Service Croix Bleue de l'Atlantique est tenu de déposer un rapport comportant les dépenses prévues jusqu'à la fin du trimestre ainsi qu'une prévision des dépenses jusqu'à la fin de l'exercice. Il doit, en outre, présenter des procès-verbaux et des renseignements pour que la province reste au fait de toutes les réunions, des conférences, etc. qui s'inscrivent dans le cadre de l'application du régime MSI. Les rapports préparés par le Service Croix Bleue de l'Atlantique sont envoyés aux secteurs respectifs des programmes assurés du ministère de la Santé pour que ceux-ci les examinent et en fassent le suivi.

L'alinéa 17(1)i) de la *Health Services and Insurance Act* et les paragraphes 11(1) et 12(1) des *Hospital Insurance Regulations* liés à cette loi établissent les conditions régissant la présentation au ministre de la Santé, par les hôpitaux et les conseils d'administration des hôpitaux, des prévisions budgétaires annuelles et des rapports mensuels des recettes et des dépenses réelles.

1.3 Vérification des comptes

Le bureau du vérificateur général de la province vérifie toutes les dépenses du ministère de la Santé, y compris celles qu'engendre le

programme provincial de médicaments. Les vérificateurs internes du ministère de la Santé examinent les états financiers du contrat d'administration du Service Croix Bleue de l'Atlantique. Ce dernier fait également l'objet d'une vérification externe qui comprend l'examen du contrat d'administration. Les paiements d'assurance-maladie ne font l'objet d'aucune vérification formelle. Cependant, le bureau du vérificateur général de la Nouvelle-Écosse recommande une telle vérification.

Aux termes du paragraphe 34(5) de la *Health Authorities Act*, chaque conseil d'administration des hôpitaux est tenu de présenter, au plus tard le 1^{er} juillet de chaque année, un état financier vérifié de l'exercice précédent au ministre de la Santé.

Le rapport du vérificateur général de la Nouvelle-Écosse, déposé le 6 décembre 2002, renfermait cinq vérifications pertinentes pour l'application de la *Loi canadienne sur la santé* :

- la vérification de la responsabilisation des autorités sanitaires de district;
- la vérification de l'acquisition;
- la vérification de Home Care Nova Scotia;
- la vérification de la Nova Scotia Health Research Foundation;
- la vérification des indicateurs de rendement.

1.4 Mandataire désigné

En vertu d'un protocole d'entente conclu avec le ministère de la Santé, le Service Croix Bleue de l'Atlantique administre les comptes des médecins et est habilité à recevoir des sommes pour payer ces comptes. Le Service Croix Bleue de l'Atlantique reçoit une autorisation écrite du ministère de la Santé lui indiquant les médecins à qui il peut verser une rémunération. Les taux de rémunération et les montants précis sont fonction du contrat du médecin négocié entre la *Medical Society of Nova Scotia* et le ministère de la Santé.

Aucune loi ne régit le rôle du Service Croix Bleue de l'Atlantique. Ce dernier se conforme aux modalités et aux conditions stipulées dans le contrat de 1992 et à son mode de paiement. Selon les modalités du contrat, le Service Croix Bleue de l'Atlantique est tenu de présenter les documents suivants à la province :

- des états financiers annuels vérifiés;

- ❑ un dénombrement détaillé des équivalents temps plein pour les demandes de crédits budgétaires dont le Ministère approuve effectivement les niveaux de dotation;
- ❑ les budgets détaillés où figurent les salaires, les avantages sociaux, les déplacements, les frais postaux, etc.;
- ❑ un exemplaire de son rapport annuel.

Toutes les activités d'élaboration de système du Service Croix Bleue de l'Atlantique pour le MSI et le régime d'assurance-médicaments sont sous la supervision d'un comité mixte. Toutes les transactions du MSI et du régime d'assurance-médicaments sont soumises à une vérification par le Bureau du vérificateur général de la province.

2.0 Intégralité

2.1 Services hospitaliers assurés

En Nouvelle-Écosse, neuf autorités sanitaires de district et le Centre de santé IWK (Women and Children's Tertiary Care Hospital) assurent la prestation de services hospitaliers assurés aux malades hospitalisés et externes dans 35¹ établissements.

L'agrément n'est pas obligatoire, mais tous les établissements sont agréés à l'échelle de l'établissement ou de la région. La loi habilitante qui prévoit la prestation de services hospitaliers assurés en Nouvelle-Écosse est la *Health Services and Insurance Act*, chapitre 197, Revised Statutes of Nova Scotia, 1989, articles 3(1), 5, 6, 10, 15, 16, 17(1), 18 et 35; cette loi a été adoptée par l'autorité législative en 1958. Les Hospital Insurance Regulations ont été établis conformément à la *Health Services and Insurance Act*.

Voici la liste des services offerts aux malades hospitalisés :

- ❑ l'hébergement et les repas dans une chambre commune;
- ❑ les services infirmiers nécessaires;

1 Le nombre d'établissements déclarés dans d'autres documents peut différer de 35 en raison de l'utilisation de définitions différentes.

- ❑ les services de laboratoire et de radiologie et autres services de diagnostic;
- ❑ les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes, lorsqu'ils sont administrés dans un hôpital;
- ❑ les fournitures chirurgicales ordinaires;
- ❑ l'utilisation de la salle d'opération, de la salle d'attente et des installations anesthésiques;
- ❑ l'utilisation des services de radiothérapie et de physiothérapie, lorsqu'ils sont disponibles;
- ❑ le sang ou les produits de fractionnement du sang.

Voici la liste des services offerts aux malades externes :

- ❑ les examens de laboratoire et de radiologie;
- ❑ les procédures de diagnostic, y compris l'utilisation de produits radiopharmaceutiques;
- ❑ les examens électroencéphalographiques;
- ❑ l'utilisation des installations d'ergothérapie et de physiothérapie, lorsqu'elles sont disponibles;
- ❑ 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 relatifs à la plupart des interventions médicales ou chirurgicales mineures;
- ❑ les soins de jour pour diabétiques;
- ❑ les services autres que les services médicaux fournis par la Nova Scotian Hearing and Speech Clinic ainsi que les services fournis dans cette clinique;
- ❑ les procédures de diagnostic par ultrasons;
- ❑ la nutrition parentérale à domicile;
- ❑ l'hémodialyse et la dialyse péritonéale.

Pour ajouter un nouvel hôpital à la liste des services hospitaliers assurés, les ASD sont tenues de soumettre une proposition de programme nouveau ou élargi au ministère de la Santé. Ce processus est entrepris chaque année dans le cadre de la planification des activités. Un modèle de processus élaboré par le Ministère est transmis aux districts afin de les guider dans leur démarche. Un groupe de travail du Ministère passe en revue toutes les demandes reçues et en établit l'ordre de

priorité. Compte tenu du financement disponible, le ministre de la Santé peut approuver un certain nombre de priorités absolues.

2.2 Services médicaux assurés

La loi qui prévoit la prestation de services médicaux assurés en Nouvelle-Écosse est la *Health Services and Insurance Act*, articles 3(2), 5, 8, 13, 13A, 17(2), 22, 27-31 et 35, et les Medical Services Insurance Regulations.

La *Health Services and Insurance Act* a été modifiée en 2002-2003 pour comprendre l'article 13B qui stipule ce qui suit :

À compter du 1^{er} novembre 2002, toute entente intervenue entre un fournisseur de soins et un hôpital, ou des prédécesseurs d'un hôpital, prévoyant la rémunération des services professionnels assurés, l'engagement, de la part du fournisseur de soins, à être de garde pour la prestation de tels services ou à se réinstaller ou à maintenir une présence à proximité d'un hôpital, exception faite des ententes auxquelles le Ministre et la Société sont parties, est nulle et non avenue et aucune rémunération n'est payable en vertu de l'entente, dont la rémunération autrement payable pour la résiliation de l'entente.
(Traduction)

Aux termes de la *Health Services and Insurance Act*, les personnes qui peuvent offrir des services médicaux assurés sont les suivantes :

- ❑ les omnipraticiens exerçant la médecine générale;
- ❑ les médecins qui ne sont pas spécialistes au sens de la division;
- ❑ les spécialistes qui sont médecins et qui sont reconnus comme spécialistes par l'organisme de réglementation professionnelle pertinent du secteur de compétence où ils exercent leurs fonctions.

Les médecins (omnipraticiens ou spécialistes) doivent recevoir une autorisation du College of Physicians and Surgeons de la Nouvelle-Écosse pour facturer le régime MSI. Les dentistes qui reçoivent des rémunérations en vertu de ce régime doivent être inscrits au Provincial Dental Board et être reconnus comme tels. En 2002-2003, 2 026 médecins et

36 dentistes ont été rémunérés par l'entremise du régime MSI.

Les médecins se gardent le droit d'adhérer au régime MSI ou de se retirer de celui-ci. Dans ce dernier cas, il revient au médecin d'aviser le régime MSI et de se dessaisir de son numéro de facturation. Les malades qui paient directement le médecin qui s'est retiré du régime sont remboursés à même le régime MSI. Au 31 mars 2003, aucun médecin ne s'était retiré du régime.

Les services assurés sont les services requis sur le plan médical pour diagnostiquer, traiter, réadapter ou modifier une structure de la morbidité. Il n'existe aucune limite pour les services assurés médicalement requis.

En 2002-2003, aucun nouveau service d'importance n'a été ajouté à la liste des services médicaux assurés. Tous les trimestres, on approuve de nouveaux codes d'honoraires particuliers qui représentent les améliorations, les nouvelles technologies ou les nouvelles façons de fournir un service.

Une structure de comité procède à l'ajout des nouveaux codes d'honoraires à la liste des services médicaux assurés. Les médecins qui souhaitent faire reconnaître ou établir un nouveau code d'honoraires doivent au préalable soumettre leur cas à la Medical Society of Nova Scotia, qui propose une valeur pour les nouveaux honoraires suggérés.

La valeur proposée est ensuite soumise à l'examen et à l'approbation du Joint Fee and Tariff Committee. Le comité mixte est formé d'un nombre égal de membres de la Medical Society et du ministère de la Santé. Une fois approuvés par le comité, les nouveaux honoraires suggérés sont soumis à l'approbation finale du ministère de la Santé. Le Service Croix Bleue de l'Atlantique est chargé d'ajouter les nouveaux honoraires au barème des services assurés remboursables au titre du MSI.

2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

Aux termes de la *Health Services and Insurance Act*, un dentiste est une personne légalement autorisée à exercer la dentisterie dans un lieu propre à l'exercice de sa profession.

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 être qualifiés dans l'exercice de la chirurgie dentaire. La *Health Services and Insurance Act* stipule qu'un dentiste peut choisir de ne pas participer au régime MSI. Pour y participer, il doit s'inscrire. Un dentiste participant qui souhaite se retirer du régime est tenu d'informer le régime MSI par écrit; il n'est plus autorisé par la suite à présenter des réclamations à ce régime. Au 31 mars 2003, aucun dentiste ne s'était retiré du régime. En 2002-2003, 36 dentistes ayant fourni des services de chirurgie dentaire assurés ont été rémunérés par l'entremise du régime MSI.

Les services de chirurgie dentaire assurés doivent être fournis dans un établissement de santé. Les services assurés sont énumérés dans l'Insured Dental Services Tariff Regulations. Les services fournis en vertu de ce programme sont assurés lorsque l'état du patient est tel que l'intervention doit, sur le plan médical, être pratiquée à l'hôpital et que celle-ci se révèle de nature chirurgicale. En règle générale, les services de chirurgie dentaire assurés englobent la chirurgie orthognatique, la chirurgie destinée à l'enlèvement des dents incluses et la chirurgie buccale et maxillo-faciale. Pour ajouter des services de chirurgie dentaire assurés à la liste, il faut d'abord s'adresser à la Dental Association of Nova Scotia et lui demander de présenter une proposition d'ajout d'une nouvelle intervention au ministère de la Santé. Celui-ci, après avoir consulté des experts dans ce domaine, doit faire savoir si la nouvelle intervention devient un service assuré.

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 à la demande du patient;
- le téléphone;
- la télévision;
- 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 chirurgie transsexuelle;
- 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, sauf, exceptionnellement, s'ils sont jugés nécessaires sur le plan médical; et
- 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 fournis :

- les services auxquels le patient a droit en vertu de la *Workers' Compensation Act* ou de toute autre loi fédérale ou provinciale;
- les frais relatifs aux déplacements ou aux délais;
- les conseils ou les renouvellements d'ordonnances délivrés par téléphone;
- les examens requis par un tiers;
- les immunisations ou inoculations de groupe, à moins qu'elles ne soient autorisées par le Ministère;
- la préparation de certificats ou de rapports;
- la comparution en cour;
- les services associés à l'électrocardiographie, à l'électromyographie et à l'électroencéphalographie, à moins que le médecin ne soit un spécialiste dans le domaine en question;
- la chirurgie esthétique;
- l'acupuncture;
- le rétablissement de la fécondité; et
- la fécondation *in vitro*.

Tous les résidents de la province ont droit aux services assurés couverts en vertu de la *Health Services and Insurance Act*. Les patients qui peuvent acheter des biens et des services améliorés (lentilles interoculaires pliables ou plâtres en fibre de verre, par exemple) doivent être informés de leurs coûts et 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 et service améliorés.

Le ministère de la Santé étudie aussi avec attention toutes les plaintes déposées par les patients ou les préoccupations du public pouvant indiquer le non-respect des principes généraux liés aux services assurés.

Pour désassurer des services médicaux, les représentants de la Medical Society of Nova Scotia et du ministère de la Santé doivent entamer un processus de négociation qui leur permettra d'évaluer conjointement une intervention pour en déterminer la nécessité sur le plan médical. Si l'intervention n'est pas jugée nécessaire sur le plan médical, elle sera retirée du barème de rémunération des médecins et ne sera plus remboursée à titre de service assuré. Lorsqu'un service n'est plus assuré, l'ensemble des interventions et des examens liés à sa prestation deviennent également non assurés. Le même processus s'applique aux services dentaires et hospitaliers. Le dernier retrait en grand nombre de services assurés est survenu en 1997.

3.0 Universalité

3.1 Admissibilité au régime

L'admissibilité aux services de santé assurés en Nouvelle-Écosse est indiquée à l'article 2 des Hospital Insurance Regulations conformément à l'article 17 de la *Health Services and Insurance Act*. Tous les résidents de la Nouvelle-Écosse sont admissibles. On définit un résident comme toute personne légalement autorisée à demeurer au Canada, qui habite et vit habituellement en Nouvelle-Écosse.

Les personnes des autres provinces du Canada qui s'établissent en Nouvelle-Écosse sont habituellement admissibles au régime MSI à compter du premier jour du troisième mois qui suit le mois de leur arrivée à titre de résidents permanents. Les personnes d'autres pays qui s'établissent en permanence en Nouvelle-Écosse sont admissibles au régime à compter de la date de leur arrivée dans la province, à condition qu'elles soient citoyennes du Canada.

Les membres de la Gendarmerie royale du Canada et des Forces canadiennes, les

détenus des pénitenciers fédéraux et les membres de l'Organisation du Traité de l'Atlantique Nord ne sont pas admissibles au régime MSI. Lorsque leur statut change, ils deviennent admissibles à compter du premier jour du troisième mois qui suit le mois de leur admissibilité.

3.2 Exigences relatives à l'inscription au régime

Pour obtenir une carte de santé en Nouvelle-Écosse, les résidents doivent s'inscrire auprès du régime MSI. Une fois l'admissibilité établie, ils doivent remplir un formulaire de demande. La personne qui fait la demande (et son conjoint, le cas échéant) doit signer le formulaire avant que l'on puisse procéder à son traitement. Le demandeur doit indiquer sur la demande le nom et l'adresse d'un témoin. Ce dernier doit résider en Nouvelle-Écosse et pouvoir confirmer l'information figurant sur la demande. Le demandeur doit, en outre, inclure une preuve de citoyenneté canadienne ou fournir une copie d'un document d'immigration acceptable.

Une fois la demande approuvée, chaque membre de la famille figurant sur la demande reçoit une carte de santé. Chaque carte de santé porte un numéro unique et est valide pour toute la vie du demandeur. Le numéro de la carte de santé sert aussi de principal identificateur de dossier de santé pour tous les services de santé obtenus en Nouvelle-Écosse pendant la vie du bénéficiaire. Avant d'obtenir des services assurés, les résidents doivent fournir une preuve d'admissibilité à ces services. Des avis de renouvellement sont envoyés à la plupart des détenteurs de carte trois mois avant la date d'expiration de la carte de santé. Sur réception de l'avis de renouvellement dûment signé, le régime MSI délivrera une nouvelle carte de santé.

Il n'existe aucune loi en Nouvelle-Écosse qui oblige les résidents de la province à s'inscrire au régime MSI. Il peut donc y avoir des résidents de la Nouvelle-Écosse qui ne sont pas inscrits au régime d'assurance-maladie.

En 2002-2003, il y avait 955 475 résidents inscrits au régime d'assurance-santé.

3.3 Autres catégories de personnes

Les autres catégories de personnes également admissibles à la couverture des services de soins de santé assurés en Nouvelle-Écosse englobent les personnes suivantes :

Immigrants : Les personnes de l'étranger qui s'installent de façon permanente en Nouvelle-Écosse sont admissibles aux soins de santé à la date de leur arrivée. Elles doivent détenir un document d'immigrant ayant obtenu le droit d'établissement. Ces personnes, auparavant appelées « immigrants reçus », sont désormais appelées « résidents permanents ».

Les non-Canadiens mariés à un citoyen canadien ou à un « résident permanent » de même que les réfugiés au sens de la Convention qui ont fait une demande de résidence permanente au Canada sont admissibles aux soins de santé assurés à compter de la date de la demande de résidence permanente. Les demandeurs doivent avoir en leur possession une lettre de Citoyenneté et Immigration Canada attestant de leur statut. Un réfugié au sens de la Convention est désigné par la Commission de l'immigration et du statut de réfugié comme une personne qui craint d'être persécutée dans son pays d'origine du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un groupe social ou de ses opinions politiques.

Les gens venant de l'extérieur du Canada qui ont présenté une demande pour obtenir le statut de résident permanent ne peuvent s'inscrire au régime tant qu'ils ne sont pas résidents permanents. La couverture sera rétroactive à compter de leur date d'arrivée en Nouvelle-Écosse.

En 2002-2003, il y avait 18 097 résidents permanents inscrits au régime d'assurance-santé.

Titulaires de permis d'emploi : Les personnes d'autres pays titulaires d'un permis d'emploi qui viennent s'établir en Nouvelle-Écosse sont admissibles au régime MSI à compter du premier jour du septième mois suivant la date de leur arrivée comme travailleur, à condition qu'elles n'aient pas séjourné à l'extérieur de la province durant 31 jours consécutifs (sauf en cours d'emploi). La couverture du régime est prolongée pour des périodes maximales de 12 mois à la fois et ne porte que sur les services

reçus en Nouvelle-Écosse, dont la liste figure sur la carte de santé. La couverture est rétroactive à compter de la date d'arrivée. Chaque année, le titulaire doit présenter une copie de son document d'immigration renouvelé et signer une déclaration. Lorsque le travailleur a acquis le droit de participer au régime, les personnes à sa charge auront droit à la même couverture, selon les mêmes modalités.

En 2002-2003, 398 titulaires de permis d'emploi étaient couverts en vertu du régime d'assurance-santé.

Titulaires de permis d'études : Les personnes d'autres pays en possession d'une autorisation d'étude qui viennent s'établir en Nouvelle-Écosse sont admissibles au régime MSI à compter du premier jour du treizième mois qui suit le mois de leur arrivée, à condition qu'elles n'aient pas séjourné à l'extérieur de la province durant plus de 31 jours consécutifs. La couverture du régime est prolongée pour une période maximale de 12 mois à la fois et ne porte que sur 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 a obtenu le droit de participer au régime, les personnes à sa charge ont droit à la même couverture, selon les mêmes modalités.

En 2002-2003, 460 titulaires de permis d'études étaient couverts en vertu du régime d'assurance-santé.

Réfugiés : Les réfugiés sont admissibles au régime MSI s'ils détiennent un permis d'emploi ou d'études, ou s'ils ont présenté une demande de résidence permanente. Ils sont assujettis aux dispositions d'admissibilité relatives au type de document d'immigration qu'ils détiennent.

4.0 Transférabilité

4.1 Délai minimal de résidence

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

4.2 Couverture pendant des absences temporaires (au Canada)

Tous les cas se rapportant à la transférabilité des services assurés doivent être traités en vertu de l'Accord sur l'admissibilité et la transférabilité.

Conformément à l'Accord sur l'admissibilité et la transférabilité, le régime MSI de la Nouvelle-Écosse offre généralement une couverture aux résidents de la province qui s'établissent ailleurs au Canada pendant une durée de trois mois. Les étudiants qui sont temporairement absents de la province et qui fréquentent un établissement d'enseignement à temps plein peuvent demeurer admissibles au régime sur une base annuelle. Pour être admissible au régime MSI, l'étudiant doit présenter au régime une lettre de son établissement d'enseignement qui confirme sa présence pour chaque année visée par la couverture demandée.

Les travailleurs qui s'absentent de la Nouvelle-Écosse pour chercher un emploi demeurent admissibles au régime MSI pendant une période pouvant aller jusqu'à douze mois, à condition qu'ils ne s'établissent pas dans une autre province ou territoire ou un autre pays. Les services fournis aux résidents de la Nouvelle-Écosse dans une autre province ou territoire sont couverts par des ententes de réciprocité. La Nouvelle-Écosse participe à l'entente de facturation réciproque des services hospitaliers et à l'entente de facturation réciproque des services médicaux. Le Québec est la seule province qui ne participe pas à l'entente de facturation réciproque des services médicaux. La Nouvelle-Écosse paie les services assurés par les médecins du Québec aux résidents de la Nouvelle-Écosse, et ce, aux tarifs du Québec, si les services sont assurés en Nouvelle-Écosse. La majorité des réclamations de ce genre sont reçues directement de médecins du Québec. Les services hospitaliers fournis à des malades 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. En 2002-2003, les montants payés en vertu du régime pour des services hospitaliers fournis dans d'autres provinces et territoires totalisaient 12 685 659 \$ pour les malades hospitalisés, et 4 447 816 \$ pour les malades externes. Dans tous les cas de facturation réciproque, la

Nouvelle-Écosse paie les tarifs de la province d'accueil pour les services assurés.

4.3 Couverture pendant des absences temporaires (à l'étranger)

La Nouvelle-Écosse se conforme à l'Accord sur l'admissibilité et la transférabilité dans le cas des services assurés fournis aux résidents qui séjournent temporairement à l'étranger. Pourvu qu'un résident de la Nouvelle-Écosse réponde aux critères d'admissibilité, les services fournis à l'étranger sont payés au coût moindre en fonction du montant qu'aurait payé la Nouvelle-Écosse pour des services similaires fournis dans la province. Pour être admissibles à la couverture, les résidents ne doivent habituellement pas être à l'extérieur du pays pour une période de plus de six mois. Il est nécessaire d'obtenir une autorisation préalable pour s'assurer de la couverture des interventions non urgentes par le régime MSI de la Nouvelle-Écosse.

Les étudiants qui s'absentent temporairement de la province et qui fréquentent à temps plein un établissement d'enseignement à l'extérieur du Canada peuvent demeurer admissibles, sur une base annuelle, au régime MSI. Pour être admissibles au régime MSI, les étudiants doivent présenter au régime une lettre de leur établissement d'enseignement qui confirme leur présence pour chaque année visée par la couverture demandée.

Les travailleurs qui s'absentent de la Nouvelle-Écosse pour chercher un emploi demeurent admissibles au régime MSI pendant une période pouvant aller jusqu'à douze mois, à condition qu'ils ne s'établissent pas dans un autre pays.

Les services urgents fournis à l'étranger sont payés au coût moindre en fonction du montant qu'aurait payé la Nouvelle-Écosse pour des services similaires fournis dans la province. En 2002-2003, le montant dépensé pour des services assurés urgents fournis aux malades hospitalisés à l'étranger totalisait 938 092 \$.

4.4 Nécessité d'une approbation préalable

Une autorisation préalable est requise dans le cas des services facultatifs fournis à l'étranger. Un médecin de la Nouvelle-Écosse doit faire une demande d'autorisation préalable auprès du directeur médical du régime MSI pour le compte d'un résident assuré. Le médecin-conseil examine les modalités et les conditions 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. Le médecin-conseil fait connaître sa décision au médecin du patient. Le patient est alors couvert en vertu de l'entente de facturation réciproque pour des services facultatifs fournis dans une autre province ou un autre territoire du pays. Si un résident est autorisé à obtenir un service à l'étranger, le coût du service sera totalement couvert dans le cadre du régime MSI.

5.0 Accessibilité

5.1 Accès aux services de santé assurés

Les services assurés sont fournis aux résidents de la Nouvelle-Écosse selon des modalités uniformes. Aucun des régimes n'impose de frais modérateurs ni de frais supplémentaires.

La Nouvelle-Écosse examine continuellement la situation de l'accès aux soins dans l'ensemble du Canada pour s'assurer de suivre le rythme. Dans les secteurs où l'on juge nécessaire d'apporter des améliorations, on affecte généralement des fonds additionnels à ces secteurs, selon la situation financière de la province. Le ministère de la Santé a accepté les recommandations du rapport du Comité provincial de l'ostéoporose; celles-ci visaient la mise en place de nouveaux appareils de mesure de la densité osseuse à Sydney et à Yarmouth et l'exploitation à pleine capacité de l'appareil de Truro. Au cours de l'exercice 2002-2003, la province a approuvé l'achat d'un appareil d'IRM pour le Cap-Breton en vue d'accroître l'accès et de réduire les périodes d'attente.

Au cours de l'exercice 2002-2003, la somme additionnelle de 5 millions de dollars a été

affectée au district de santé de la capitale pour accroître les moyens de chirurgie cardiaque et de cathétérisme cardiaque de manière à réduire les périodes d'attente.

5.2 Accès aux services hospitaliers assurés

Le gouvernement de la Nouvelle-Écosse continue d'insister sur la prestation de services de soins de santé viables et de qualité à ses citoyens.

Au dernier décompte pour l'exercice 2002-2003, le nombre de lits d'hôpitaux en Nouvelle-Écosse s'élevait à 2 853.

Au cours de l'exercice 2002-2003, la somme totale de 8,8 millions de dollars a été consentie pour la formation, le recrutement et le maintien en poste d'infirmières. Quatre-vingt pour cent des infirmières de la classe de 2002 ont renouvelé leur autorisation, comparativement à seulement 51 pour 100 en 2001. Il s'agit du plus haut taux de maintien en poste depuis 1999.

Le tableau 1 présente une ventilation des professions clés de la santé dont les membres sont autorisés à exercer en Nouvelle-Écosse. Ces professionnels de la santé n'ont pas tous participé activement à la prestation de services de santé assurés.

Tableau 1 : Personnel de santé en Nouvelle-Écosse (2001)

Profession	Nombre d'autorisations à exercer ¹
Médecins	2 045 ^a
Dentistes ²	464
Infirmiers(ères) autorisé(e)s	9 165 ^a
Infirmiers(ères) auxiliaires autorisé(e)s	3 329 ^a
Techniciens(nes) en radiation médicale	483
Inhalothérapeutes	186
Pharmaciens(nes)	1 004
Ergothérapeutes	234
Orthophonistes	155
Chiropraticiens(nes)	74 ^a
Opticiens(nes)	173
Optométristes	76
Denturologistes	61
Diététistes	402
Psychologues	371

1 Ce ne sont pas tous les professionnels autorisés à exercer qui travaillent.

2 Un nombre limité de dentistes autorisés ont obtenu l'autorisation d'offrir des services dentaires assurés.

a Les données visent l'exercice 2002.

En 2002-2003, la Nouvelle-Écosse a eu recours à la télémédecine pour offrir les services énumérés dans le tableau 2.

Tableau 2 : Services de télémédecine en Nouvelle-Écosse (2002-2003)

Type de services	Nombre de services offerts
Téléradiologie	6 169
Séances d'étude (participation)	603 (3 110)
Consultations cliniques	2 549
Réunions administratives (participation)	299 (850)
Conférences sur des cas cliniques	62

5.3 Accès aux services médicaux et de chirurgie dentaire assurés

En 2002-2003, 2 026 médecins et 36 dentistes ont effectivement fourni des services assurés en vertu de la *Loi canadienne sur la santé* ou des lois provinciales. Des solutions de financement innovatrices, comme le financement global et les marchés de services personnels, ont permis d'accroître le recrutement.

La Nouvelle-Écosse a augmenté la capacité de formation médicale, elle coordonne les activités de recrutement permanentes et a fourni le financement pour lancer un programme de réinsertion à l'intention des omnipraticiens qui souhaitent suivre une formation spécialisée après avoir effectué deux années de médecine générale dans la province.

5.4 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 la Medical Society of Nova Scotia et le ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse. La Medical Society of Nova Scotia est reconnue à titre de seule agente de négociation en faveur des médecins dans la province. Au moment des négociations, des représentants de la Medical Society of Nova Scotia et du ministère de la Santé discutent du financement global et des autres conditions. L'entente-cadre actuelle, qui est en place depuis le 1^{er} avril 2001 et qui prendra fin le 31 mars 2004, comporte un autre mode de règlement des différends.

L'entente établit la valeur unitaire accordée aux services médicaux et aborde diverses questions, notamment la rémunération des médecins de garde ou de rappel, le fonds des avantages sociaux des membres, le financement de l'Association canadienne de protection médicale et le financement de la stabilisation en milieu rural. La rémunération à l'acte demeure toujours le mode de paiement le plus courant pour les services médicaux, suivie des autres modes de rémunération. La rémunération horaire et la rémunération à la consultation figurent parmi les autres modes.

En 2002-2003, les paiements totaux aux médecins de la Nouvelle-Écosse ont été de 398 328 665 \$ pour les services assurés. Le Ministère a versé 5 562 125 \$ de plus pour des services médicaux rendus à des résidents de la Nouvelle-Écosse dans d'autres provinces et territoires du Canada.

Les taux de rémunération des services dentaires de la province sont négociés entre le ministère de la Santé et la Dental Association of Nova Scotia. Le processus de négociation de ces taux est semblable à celui des services de médecin. Les dentistes sont rémunérés à l'acte. L'entente actuelle prendra fin le 31 mars 2004.

5.5 Paiements aux hôpitaux

Le ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse fixe les objectifs budgétaires des services de soins de santé. Pour ce faire, il reçoit les plans d'activités des neuf autorités sanitaires de district (ASD), du Centre de santé IWK et d'organisations autres que des ASD. Les prévisions provinciales approuvées constituent la base sur laquelle sont fondés les paiements versés à ces organisations pour la prestation des services.

La *Health Authorities Act* a reçu l'assentiment royal le 8 juin 2000. Cette loi a créé les neuf ASD qui remplacent les anciennes autorités sanitaires régionales de la province. Ce changement est entré en vigueur en janvier 2001 en vertu des District Health Authorities General Regulations. La mise en place de conseils de santé communautaires en vertu des Community Health Boards' Member Selection Regulations est entrée en vigueur en avril 2001. Les ASD sont chargées (en vertu de l'article 20 de la Loi) de surveiller la prestation des services de santé dans leurs districts et ont la pleine responsabilité d'expliquer les décisions dans les plans de santé communautaire par le truchement des plans d'activités qu'ils soumettent au ministère de la Santé.

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

En 2002-2003, on comptait 2 853 lits d'hôpitaux (3,01 lits par 1 000 résidents) en Nouvelle-Écosse. Les dépenses directes du ministère de

la Santé pour les coûts de fonctionnement des services hospitaliers assurés sont passées à 926,8 millions de dollars. Le nombre total de radiations de tous les hôpitaux a légèrement diminué pour atteindre 200 213.

6.0 Reconnaissance accordée aux transferts fédéraux

La *Health Services and Insurance Act*, Revised Statutes of Nova Scotia, chapitre 197, reconnaît la contribution versée par le gouvernement fédéral à la Nouvelle-Écosse relativement au coût des services hospitaliers assurés et des services de santé assurés fournis aux résidents de la province. Les résidents de la Nouvelle-Écosse sont au courant des négociations continues qui se déroulent entre les provinces et le gouvernement fédéral grâce aux communiqués de presse et à la couverture médiatique, et savent que le financement fédéral versé au titre du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS) contribue partiellement à la prestation des services médicaux assurés dans la province.

Le gouvernement de la Nouvelle-Écosse a également reconnu la contribution fédérale au titre du TCSPS dans divers documents publiés, y compris les documents suivants diffusés en 2002-2003 :

- *comptes publics 2001-2002;*
- *prévision budgétaire pour l'exercice 2002-2003 et 2003-2004.*

7.0 Services complémentaires de santé

Services de soins à domicile

Des services de soins à domicile généraux et financés par la province ont été introduits en Nouvelle-Écosse en 1995. Les soins à domicile s'insèrent dans le cadre d'un continuum de services offerts par le truchement de la Direction générale des soins de santé continus du ministère de la Santé. Les services de soins

à domicile sont offerts aux résidents de la Nouvelle-Écosse de tous les âges et aident ceux-ci à atteindre et à maintenir leur niveau maximal de santé et à prolonger leur autonomie au sein de la collectivité. Les soins à domicile peuvent être offerts aux personnes souffrant d'une maladie chronique ou d'une invalidité, aux personnes en convalescence ou aux personnes atteintes d'une maladie aiguë. Les services peuvent permettre de prolonger l'admission à des établissements de soins de longue durée ou à des hôpitaux, ainsi que de faciliter le congé hâtif d'un établissement de soins actifs. Les services de soins de santé et de soutien offerts aux membres de la collectivité par le truchement des soins à domicile comprennent les soins infirmiers, l'aide dans les soins personnels, l'aide dans les activités de soutien à domicile, les services d'oxygénothérapie à domicile et les soins de relève. Des services de soins de longue durée à plus long terme et des services de soins actifs à court terme sont offerts par le truchement des services de soins à domicile. Les services de soins à domicile en Nouvelle-Écosse continuent à prendre de l'ampleur et des services additionnels y seront ajoutés au fur et à mesure que les ressources le permettront. Ces services pourraient comprendre l'ergothérapie, la physiothérapie, les soins palliatifs, les services pédiatriques et d'autres services au gré des besoins.

Le ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse a mis en place un point d'accès unique à ses services de soins continus. Les résidents de la Nouvelle-Écosse entrent en communication avec les services de soins à domicile, de placement dans des établissements de soins de longue durée et de protection des adultes par l'entremise d'un seul numéro de téléphone sans frais.

8.0 Documents supplémentaires présentés à Santé Canada

Rapports annuels

- Department of Health 2002-2003 Business Plan :
<http://www.gov.ns.ca/health/downloads/2002plan.pdf>
 - Department of Health 2003-2004 Business Plan :
<http://www.gov.ns.ca/health/downloads/2003-2004%20DoH%20Business%20Plan.pdf>
 - Office of Health Promotion 2003-2004 Business Plan :
<http://www.gov.ns.ca/health/downloads/2003-2004%20OHP%20Business%20Plan.pdf>
 - Department of Health Annual Accountability Report for the year 2001-2002 :
<http://www.gov.ns.ca/health/downloads/2001-2002AnnualAccountability.pdf>
 - Province of Nova Scotia's Annual Accountability Report for the fiscal year 2001-2002 :
<http://www.gov.ns.ca/govt/accountability/Accountability.pdf>
- ### Rapports de vérification
- Chapitres des rapports annuels de 1996-2002 du vérificateur général de la Nouvelle-Écosse ayant trait à la santé :-
<http://www.gov.ns.ca/audg/health.html>
 - Report of the Auditor General, 2002 :
http://www.gov.ns.ca/audg/2002/ag02_all.pdf
 - 2002 Performance Report et 2003 Business Plan, Office of Auditor General (conformément à l'article 9a) de l'*Auditor General Act*) :
<http://www.gov.ns.ca/audg/busplan0203.pdf>
- ### Rapports financiers
- Documents budgétaires pour l'exercice 2003-2004 :
<http://www.gov.ns.ca/finance/budget03/default.asp>
 - Documents budgétaires pour l'exercice 2002-2003 :
<http://www.gov.ns.ca/finance/budget02/default.asp>
 - Public Accounts, 2001-2002 :
<http://www.gov.ns.ca/finance/publish/publicationsb.asp?id=Pub22>
 - Department of Finance, Fiscal 2003-2004 Forecast Update (et pour les années précédentes) :
<http://www.gov.ns.ca/finance/publish/publicationsb.asp?id=Pub30>

Législation

- ❑ *Atlantic Blue Cross Care Inc. Act*
- ❑ *Health Authorities Act*
- ❑ *Health Services and Insurance Act*
- ❑ *Provincial Finance Act*

Veillez noter que les statuts et règlements de la Nouvelle-Écosse figurent sur le site Web : <http://www.gov.ns.ca/legislature/legc/index.htm>

Autres documents

- ❑ Strong Leadership, a clear course, three years later : <http://www.gov.ns.ca/prem/publications/STRONG3.pdf>
- ❑ Making Better Health Care decisions for Nova Scotia, a Report by the Clinical Services Steering Committee (février 2001) : http://www.gov.ns.ca/health/downloads/CSSC_Report.pdf
- ❑ Your Health Matters, Working Together Toward Better Care (2003) (Il s'agit d'un plan pour l'orientation des soins de santé en Nouvelle-Écosse et d'une initiative ministérielle clé.) : <http://www.gov.ns.ca/health/initiatives.htm>
- ❑ Comprehensive Report on Injuries in Nova Scotia (mai 2002) : http://www.gov.ns.ca/health/downloads/injuries_technical_rpt.pdf
- ❑ The Cost of Chronic Disease in Nova Scotia (octobre 2002) : <http://www.gov.ns.ca/health/downloads/chronic.pdf>
- ❑ Health Protection Legislative Review: Discussion Paper (automne 2003) : http://www.gov.ns.ca/health/downloads/health_protection_review.pdf
- ❑ Managing Osteoporosis: A Nova Scotia Approach (juin 2002) : http://www.gov.ns.ca/health/downloads/Osteoporosis_Report.pdf
- ❑ Nova Scotia Health Information Management Strategy Overview (février 2003) : http://www.gov.ns.ca/health/downloads/HIM_Vision.pdf
- ❑ Nova Scotia's Nursing Strategy Update (mars 2003): http://www.gov.ns.ca/health/downloads/Nursing_Update_2003.pdf
- ❑ Nova Scotia Student Drug Use 2002 Survey (novembre 2002) : http://www.gov.ns.ca/health/downloads/2002_NSDrugTechnical.pdf
- ❑ Primary Health Care Renewal: Action for Healthier Nova Scotians (mai 2003) : <http://www.gov.ns.ca/health/phcrenewal/Final%20Report%20May%202003.pdf>

Nouveau-Brunswick

Introduction

L'engagement permanent du Nouveau-Brunswick vis-à-vis des principes de l'administration publique, de l'intégralité, de l'universalité, de la transférabilité et de l'accessibilité des services de soins de santé - les principes sur lesquels repose la *Loi canadienne sur la santé* - ont été réaffirmés au cours de l'exercice 2002-2003.

Au cours de l'année, la province a pris des mesures afin de rendre les soins de santé plus accessibles par l'introduction de nouveaux services de soins de santé et de nouveaux dispensateurs; elle a amélioré la responsabilisation par le truchement de la présentation de nouveaux rapports à ses citoyens et de l'introduction de la première Charte des droits et responsabilités en matière de santé, une charte distincte; et elle a rendu le système de santé plus accessible par l'introduction d'une nouvelle loi régissant les langues officielles dans la province.

Centres de santé communautaires

La province s'est lancée dans une nouvelle loi en ce qui concerne les soins de santé primaires axés sur la collectivité et le patient au cours de 2002-2003 avec l'établissement de ses premiers centres de santé communautaires. Ces installations offriront une nouvelle approche en matière de soins de santé primaires, les médecins oeuvrant de concert avec les infirmières, les infirmières praticiennes ou d'autres dispensateurs de soins de santé pour satisfaire les besoins en santé communautaire. La création de centres de santé communautaires pour assurer la prestation de services de soins de santé primaires était l'une des recommandations clés du rapport final du Conseil du premier ministre sur la qualité des soins de santé rendu public en janvier 2002.

Au cours de la séance du printemps 2002 de l'Assemblée législative, les législateurs ont approuvé des modifications à la *Loi sur les régies régionales de la santé* afin d'y inclure les centres de santé communautaires dans la définition des établissements de soins de santé de la province.

Les quatre premiers centres de santé communautaires seront situés à Saint John, à Minto, à Doaktown et à Lamèque. Des évaluations des besoins en santé communautaire, visant à déterminer les besoins en soins de santé de la collectivité et le profil des professionnels de la santé, ont été entreprises au cours du dernier trimestre de 2002-2003. Les quatre premiers centres, ainsi que l'unité de pratique concertée de médecins et d'infirmières de Fredericton, doivent ouvrir leurs portes au cours de 2003-2004.

Infirmières praticiennes

Au cours de l'année, la province a approuvé une loi pour introduire les infirmières praticiennes dans l'équipe des soins de santé du Nouveau-Brunswick. Les infirmières praticiennes, qui ont une formation avancée en évaluation des patients, en diagnostic et en gestion des soins de santé, joueront un important rôle dans l'amélioration de l'accès aux services de soins de santé primaires au Nouveau-Brunswick.

L'Assemblée législative a approuvé des modifications à la *Loi sur les infirmières et infirmiers* afin d'établir les fonctions des infirmières praticiennes et de prévoir leur autorisation auprès du Nouveau-Brunswick, ainsi que la *Loi concernant les infirmières et les infirmiers et les infirmières praticiennes et les infirmiers praticiens*, laquelle accordait un statut légal aux infirmières praticiennes qui travailleront dans les établissements de soins de santé de la province. Les deux projets de loi ont reçu la sanction royale le 7 juin 2002.

Outre l'établissement des infirmières praticiennes, cette loi comprenait des dispositions pour améliorer le rôle des infirmières autorisées dans la prestation des services de soins de santé primaires aux Néo-Brunswickois.

Suivant la proclamation de la loi habilitante, la province a retenu les services de sa première infirmière praticienne en janvier 2003 afin de lui confier un poste à l'établissement de soins de santé de Minto. La province compte embaucher d'autres infirmières praticiennes au fur et à mesure qu'elle élargira son réseau de centres de santé communautaires et des installations de

pratique concertée afin d'améliorer l'accès aux services de soins de santé primaires.

Loi sur les langues officielles

En juin 2002, l'Assemblée législative du Nouveau-Brunswick a adopté à l'unanimité une nouvelle *Loi sur les langues officielles* conçue pour réaffirmer le droit de tous les Néo-Brunswickois d'avoir accès aux services de leur gouvernement dans les deux langues officielles de la province. La *Loi* affirme le droit des Néo-Brunswickois d'avoir accès en anglais et en français aux services de santé disponibles par le truchement d'un réseau d'établissements, de services et de programmes de soins de santé relevant du ministère de la Santé et du Mieux-être et des huit autorités régionales de santé (ARS).

L'alinéa 33(2) de la *Loi* exige que lorsque le ministre de la Santé et du Mieux-être établit un plan provincial de la santé en vertu de la *Loi sur les régies régionales de la santé*, il veille à ce que les principes sur lesquels sont basés la fourniture des services tiennent compte de la prestation, dans les deux langues officielles, des services de santé dans la province.

Loi sur les régies régionales de la santé

La *Loi sur les régies nationales de la santé*, qui prévoit la prestation et l'administration des services de santé au sein de régions géographiques bien précises, est entrée en vigueur le 1^{er} avril 2002. Les huit régies régionales de la santé sont responsables de la gestion et de la prestation de services hospitaliers de courte durée, des services extra-muros et des services de toxicomanie.

Le ministre de la Santé et du Mieux-être a nommé des membres aux huit nouveaux conseils pour des mandats allant de deux à quatre ans. Les mandats de deux ans venant à terme en mai 2004, huit membres de chacun des conseils des RRS seront élus par des électeurs de chacune des régions de santé en même temps que les élections prévues des conseils municipaux et des conseils scolaires. Le ministre continuera de nommer les sept autres membres de chacun des conseils de 15 membres.

Charte des droits et responsabilités en matière de santé

Dans le discours du Trône ouvrant la cinquième séance de la 54^e Assemblée législative, le gouvernement s'est engagé à introduire une loi pour créer la première Charte des droits et responsabilités en matière de santé du Canada. La *Loi établissant la Charte des droits et responsabilités en matière de santé* a été déposée devant l'Assemblée législative le 8 avril 2003 par le ministre de la Santé et du Mieux-être. La *Loi* exigerait que tous les Néo-Brunswickois aient le droit d'avoir accès dans un délai raisonnable à des services de soins de santé; le droit d'être traités en toute sécurité, avec confort et considération; le droit de prendre des décisions éclairées en matière de soins de santé; et le droit à des enquêtes sur les plaintes. La *Loi* confirme que les Néo-Brunswickois ont la responsabilité d'utiliser les services de soins de santé de manière raisonnable; d'apprendre à connaître et de faire des choix de style de vie sain; de participer activement aux décisions en matière de soins de santé; et d'utiliser les mécanismes de plaintes de manière appropriée et efficace. La *Loi* établirait aussi un protecteur de la santé et du mieux-être, relevant directement de l'Assemblée législative, pour aider les Néo-Brunswickois à traiter du système de soins de santé. Suite à la deuxième lecture, la *Loi* a été renvoyée au Comité spécial de la santé en vue d'un examen plus approfondi.

Rapports destinés à nos citoyens

La province s'est également employée à mieux renseigner les Néo-Brunswickois sur l'état de leur propre santé et l'état de leur système de soins de santé.

En septembre 2002, le Nouveau-Brunswick s'est joint à d'autres administrations pour présenter à sa population un rapport sur un ensemble commun d'indicateurs de la santé, comme les premiers ministres en avaient convenu en septembre 2000. Les premiers ministres avaient cerné 14 secteurs pour l'établissement de rapports contenant des données comparables sur la santé de la population et la prestation des services de santé, y compris l'espérance de vie, l'auto-évaluation de l'état de santé, la satisfaction des patients, l'accès aux services de premier contact, la promotion de la santé et la prévention des maladies. Le rapport indiquait

que les Néo-Brunswickois enregistrent un taux élevé de satisfaction avec les services de santé qu'ils reçoivent mais qu'ils présentaient des temps relativement faibles en ce qui concerne les mesures reliées à la santé personnelle. Les administrations publieront un rapport de suivi sur les indicateurs de santé à l'automne 2004.

En janvier 2003, la province a rendu public le rapport intitulé « Fiche de rendement du système de santé du Nouveau-Brunswick », premier rapport en son genre faisant état aux citoyens de la province de la situation relative aux services de soins de santé et de l'état de santé global des Néo-Brunswickois. Les auteurs du rapport y examinaient les déterminants clés de la santé dans la population de la province et se penchaient sur les défis que doivent relever les Néo-Brunswickois pour maintenir les services de soins de santé qu'ils tiennent tant à cœur.

Autres faits nouveaux

Le 26 mars 2003, le ministre de la Santé et du Mieux-être a déposé des modifications à la *Loi sur les services hospitaliers* et à la *Loi sur le paiement des services médicaux* qui permettraient d'accorder les privilèges hospitaliers complets aux chirurgiens bucco-dentaires et maxillo-faciaux offrant des services assurés dans les installations hospitalières. Les lois modifiées ont reçu la sanction royale le 11 avril 2003.

1.0 Gestion publique

1.1 Régime d'assurance-santé et autorité publique

Au Nouveau-Brunswick, l'assurance-santé est connue sous le nom de régime de services médicaux. En vertu de la *Loi sur le paiement des services médicaux*, promulguée le 1^{er} janvier 1971, et de son règlement d'application, le ministre de la Santé et du Mieux-être est l'instance publique responsable de la gestion et du fonctionnement du régime.

La *Loi* et son règlement précisent les critères d'admissibilité, les droits des prestataires et les responsabilités de l'autorité provinciale, lesquelles comprennent l'établissement d'un régime de services de santé et la définition des

services assurés et non assurés. La *Loi* régit également les types d'accords que l'autorité provinciale peut conclure avec d'autres provinces ou territoires et avec la Société médicale du Nouveau-Brunswick, de même que les droits des médecins, le mode de détermination des montants à payer pour des services autorisés, le mode d'évaluation des comptes pour des services autorisés ainsi que les questions relatives à la confidentialité et à la protection des renseignements personnels, dans la mesure où elles sont liées à l'exécution de la *Loi*.

Le ministre de la Santé et du Mieux-être est responsable de l'établissement d'un régime de services médicaux en vertu duquel on détermine qui en sont les prestataires, quels services sont et ne sont pas couverts ainsi que les montants à payer pour les services autorisés. Dans le cadre de ce régime, le Ministre évalue et vérifie les factures présentées par les médecins par l'entremise d'inspecteurs qu'il a lui-même nommés et d'un comité de revue professionnelle, comme il est prévu aux articles 24(1) à 33 du règlement pris en application de la *Loi sur le paiement des services médicaux*. Le Ministre a également le pouvoir de recouvrer les coûts de services autorisés auprès d'une personne négligente.

1.2 Liens hiérarchiques

La Direction de l'assurance-maladie de la Division de la santé publique et des services médicaux du ministère de la Santé et du Mieux-être est chargée de la gestion du régime. Le Ministre s'acquitte de son obligation de rendre compte à l'Assemblée législative, soit au moyen du rapport annuel du Ministère, soit dans le cadre des processus législatifs habituels.

La *Loi sur les régies régionales de la santé*, qui est entrée en vigueur le 1^{er} avril 2002, établit les rapports existants entre les huit régies régionales de la santé (RRS) et le ministère de la Santé et du Mieux-être. Aux termes de la *Loi*, les RRS doivent préparer des plans de santé et des plans d'affaires régionaux qui concordent avec le plan de santé provincial élaboré par le ministère de la Santé et du Mieux-être. Les activités et les affaires des RRS doivent être contrôlées et gérées par un conseil de directeurs nommés ou élus selon la *Loi* et son règlement d'application. Le directeur général de chacune des RRS relève du sous-ministre de la

Santé et du Mieux-être. En vertu des alinéa 7(1) et 7(2) de la *Loi*, le ministre de la Santé et du Mieux-être doit établir un cadre de responsabilités, rédigé en consultation avec les RRS, pour préciser les responsabilités que chaque partie a à l'égard de l'autre dans le système de santé provincial.

1.3 Vérification des comptes

Trois groupes ont pour mandat de procéder à des vérifications du régime de services médicaux.

Le vérificateur général du Nouveau-Brunswick

En vertu de la *Loi sur le vérificateur général*, le Bureau du vérificateur général procède à la vérification externe des comptes de la province du Nouveau-Brunswick, laquelle englobe les dossiers financiers du ministère de la Santé et du Mieux-être. Pour l'exercice 2002-2003, toutes les transactions du Ministère ont été assujetties à la vérification. Ces procédures sont effectuées de façon systématique chaque année. À la suite de la vérification, le vérificateur général publie une lettre de recommandations ou un rapport pour signaler les erreurs relevées et les faiblesses du contrôle. Le vérificateur général effectue aussi des examens de la gestion relativement aux programmes, comme il le juge opportun. Au cours de 2002-2003, le vérificateur général n'a pas passé en revue les programmes de services médicaux assurés par le ministère de la Santé et du Mieux-être.

Le Bureau du contrôleur général

Le contrôleur est le vérificateur interne en chef de la province du Nouveau-Brunswick. Il est chargé de mener à bien les activités de vérification interne conformément aux responsabilités et aux pouvoirs décrits dans la *Loi sur l'administration financière*. Dans le cadre d'une vérification interne, le contrôleur a pour mandat de couvrir tous les aspects suivants : vérification des affectations de crédit, vérification des systèmes d'information, vérification de l'optimisation des ressources et vérifications légales. Le travail de vérification accompli par le Bureau du contrôleur varie selon la nature de l'entité vérifiée. Au cours de 2002-2003, le Bureau du contrôleur général a recueilli des données sur l'évaluation des

risques sur un certain nombre de programmes offerts par le ministère de la Santé et du Mieux-être.

Vérification interne du ministère de la Santé et du Mieux-être

Le groupe de vérification interne du Ministère a pour mandat d'examiner et d'évaluer de façon indépendante les activités du Ministère à tous les niveaux de la gestion. Ce groupe est chargé de fournir à la direction de l'information sur l'adéquation et l'efficacité du système de contrôle interne et sur sa conformité à la Loi et aux politiques établies. Il procède à des vérifications des programmes et produit des rapports sur l'efficacité de ces derniers en regard de l'atteinte des objectifs du Ministère. Les examens des secteurs des programmes sont habituellement effectués de façon cyclique, chaque programme important faisant l'objet d'un examen une fois tous les trois ou quatre ans. Aucun examen de ces programmes n'a été effectué au cours de l'exercice 2002-2003.

2.0 Intégralité

2.1 Services hospitaliers assurés

Les services hospitaliers assurés sont assujettis aux lois suivantes : la *Loi sur les services hospitaliers* (1973) et l'article 9 du Règlement 84-167; l'article 9 du règlement détermine les services autorisés; la *Loi hospitalière*, sanctionnée le 20 mai 1992, et son règlement 92-84.

La *Loi sur les régies régionales de la santé* établit huit régies régionales de la santé (RRS). Chacune d'elles comprend un établissement hospitalier régional et un certain nombre d'établissements plus petits qui offrent tous des services assurés aux malades hospitalisés et aux malades externes. Chaque RRS regroupe d'autres établissements ou centres de santé sans lits désignés qui offrent un éventail de services aux personnes admissibles. Il est à remarquer que les établissements sont classés selon qu'ils comportent des lits pour soins actifs et qu'ils n'offrent pas de services aux patients hospitalisés.

En vertu du règlement 84-167 de la *Loi sur les services hospitaliers*, les résidents du Nouveau-

Brunswick sont admissibles aux services hospitaliers assurés suivants :

« a) services internes dans un établissement hospitalier exploité par une régie régionale de la santé agréée, et notamment :

- (i) le logement et les repas conformes à ceux d'une salle ordinaire,
- (ii) les soins infirmiers nécessaires,
- (iii) les actes de diagnostic, et notamment les services de laboratoire et de radiologie, de même que les interprétations nécessaires, en vue de préserver la santé, prévenir la maladie et faciliter le diagnostic et le traitement de toute blessure, maladie ou incapacité,
- (iv) les produits pharmaceutiques, les substances biologiques et les préparations connexes ainsi qu'il est prévu à l'annexe 2,
- (v) l'utilisation de la salle d'opération, de la salle d'accouchement et des installations anesthésiques, y compris le matériel et les fournitures nécessaires,
- (vi) les fournitures chirurgicales courantes,
- (vii) l'utilisation des installations de radiothérapie, s'il y en a,
- (viii) l'utilisation des installations de physiothérapie, s'il y en a, et
- (ix) les services rendus par des personnes qui sont rémunérées par la régie régionale de la santé à cet égard; et

b) services externes dans un établissement hospitalier exploité par une régie régionale de la santé agréée, et notamment :

- (i) les actes de diagnostic, et notamment les services de laboratoire, de même que les interprétations nécessaires, lorsque les personnes assurées sont référées par un médecin ou une infirmière praticienne et que les installations agréées sont disponibles;
 - (i.1) les actes de diagnostic, et notamment les services de laboratoire, de même que les interprétations nécessaires, lorsque les installations agréées sont disponibles, s'ils sont effectués aux fins d'un service de dépistage par mammographique approuvé par le Ministre, et
- (ii) les services externes offerts par l'hôpital, lorsqu'ils sont prescrits par un médecin ou une infirmière praticienne et rendus dans la clinique externe d'une régie

régionale de la santé agréée 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 suivants :

- (A) les médicaments brevetés;
- (B) les médicaments que le malade apporte à la maison;
- (C) les services de diagnostic rendus au profit de tierces parties tels qu'employeurs et compagnies d'assurance;
- (D) visites ayant pour seul objet l'administration de médicaments, de sérum ou de substances biologiques; et
- (E) tout service externe assuré au titre de la *Loi sur le paiement des services médicaux* »

2.2 Services médicaux assurés

La *Loi* habilitante qui prévoit la prestation de services médicaux assurés est la *Loi sur le paiement des services médicaux*.

La *Loi* a reçu la sanction royale le 6 décembre 1968. Le règlement 84-29 a été déposé le 13 février 1984, le règlement 93-143, le 26 juillet 1993, le règlement 96-113, le 29 novembre 1996, et le règlement 84-20 de l'annexe 4 (se rapportant aux services de chirurgie dentaire), le 13 avril 1999.

Aucun changement n'a été apporté à la *Loi* ou au *Règlement* en 2002-2003.

Le régime de services médicaux du Nouveau-Brunswick couvre les médecins qui fournissent des services médicalement nécessaires. Les conditions qu'un médecin doit remplir pour participer au régime de services médicaux du Nouveau-Brunswick sont les suivantes :

- être inscrit au Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick;
- être membre de la Société médicale du Nouveau-Brunswick;
- détenir des privilèges dans une régie régionale de la santé;
- être signataire de l'entente des médecins participants.

Au 31 mars 2003, 1 486 médecins adhéraient au régime de services médicaux du Nouveau-

Brunswick. Les médecins du Nouveau-Brunswick ont la possibilité de se retirer du régime pour l'ensemble des services ou pour certains d'entre eux. Les médecins qui ont opté pour le retrait ne sont pas payés directement par le régime d'assurance-maladie pour les services qu'ils donnent et ils doivent facturer directement leurs patients dans tous les cas. Les patients ne sont pas admissibles à un remboursement de la part du régime d'assurance-maladie.

Les médecins ne peuvent pas se prévaloir de la disposition relative au retrait dans le cas d'une urgence ou pour la continuation de soins entrepris sous le couvert du régime. Si un médecin participant désire se retirer du régime pour un service particulier, il doit obtenir au préalable le consentement du patient à traiter sans couverture, après quoi il peut facturer directement le patient pour les services donnés. Dans ces cas, le médecin doit toujours suivre la procédure expliquée ci-dessous. Il doit aviser le patient à l'avance et respecter les dispositions suivantes :

- Les frais ne doivent pas excéder le tarif de l'assurance-maladie. Le médecin doit remplir les formulaires de réclamation de l'assurance-maladie prescrits et indiquer le montant total exact exigé du patient. Le prestataire demande par la suite un remboursement en certifiant, sur le formulaire de réclamation, qu'il a bien reçu les services et en envoyant le formulaire aux bureaux 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 donner les services :
 - ils se retirent du régime et les frais excèdent le tarif;
 - en acceptant de recevoir les services dans ces conditions, le prestataire renonce à tous ses droits d'obtenir un remboursement de l'assurance-maladie;
 - le patient a le droit de se procurer ces services auprès d'un autre médecin qui participe au régime.

Le médecin doit obtenir une renonciation signée du patient sur le formulaire spécifié et envoyer celui-ci aux bureaux de l'assurance-maladie.

Au 31 mars 2003, aucun médecin offrant des services de santé n'avait choisi de se retirer du

régime de services médicaux du Nouveau-Brunswick.

L'éventail des services autorisés par l'assurance-maladie comprend l'aspect médical de tous les services médicalement requis offerts par les médecins. Il comprend également certaines procédures de chirurgie dentaire lorsqu'elles sont pratiquées par un médecin ou par un chirurgien dentiste dans un hôpital.

Toute personne, tout médecin ou le ministère de la Santé et du Mieux-être 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 géré conjointement par la Société médicale du Nouveau-Brunswick et le ministère de la Santé et du Mieux-être. La décision d'ajouter un service se fonde habituellement sur la notion de « nécessité médicale » et sur le fait que le service est considéré comme une pratique généralement acceptable (non expérimentale) au Nouveau-Brunswick et au Canada. La notion de « nécessité médicale » s'applique aux services médicalement nécessaires 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.

2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

L'annexe 4 du règlement 84-20 (déposé le 23 juin 1998) de la *Loi sur le paiement des services médicaux* précise les services de chirurgie dentaire qui peuvent être fournis par un médecin qualifié dans un hôpital si 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.

Pour participer au régime de services médicaux, les dentistes doivent être inscrits à la Société dentaire du Nouveau-Brunswick et remplir l'entente des médecins participants (incluse dans le formulaire d'inscription à l'assurance-maladie du Nouveau-Brunswick — services dentaires).

Il y a 52 dentistes inscrits au régime d'assurance-maladie du Nouveau-Brunswick,

mais plusieurs d'entre eux ne fournissent pas de services assurés.

Les dentistes peuvent se prévaloir de la même disposition de retrait du régime que les médecins et ils doivent suivre les mêmes lignes directrices. Le Ministère ne possède pas de données sur le nombre de dentistes non participants au Nouveau-Brunswick.

2.4 Services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

Les services non assurés comprennent :

- ❑ les médicaments brevetés;
- ❑ les médicaments que le malade emporte à la maison;
- ❑ les services diagnostiques donnés au profit d'un tiers;
- ❑ les visites pour l'administration de médicaments, de vaccins, de sérums ou de produits biologiques;
- ❑ le téléviseur ou le téléphone;
- ❑ l'hébergement en chambre privée ou semi-privée à la demande du patient;
- ❑ les services hospitaliers directement associés aux services énumérés dans l'annexe 2 du règlement de la *Loi sur le paiement des services médicaux*.

Les services offerts aux personnes admissibles à d'autres régimes d'assurance fédéraux, provinciaux ou territoriaux ne sont pas couverts.

Il n'existe pas de politiques ni de lignes directrices spécifiques, autres que la *Loi* et ses règlements, pour garantir que les frais perçus pour des produits ou des services médicaux non assurés (c.-à-d. des produits ou des services améliorés tels que des lentilles intra-oculaires, des pièces coulées en fibre de verre, etc.) fournis en combinaison avec un service de santé assuré ne compromettent pas l'accès raisonnable aux services assurés.

Services médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

Les services énumérés à l'annexe 2 du règlement 84-20 de la *Loi sur le paiement des services médicaux* sont spécifiquement exclus

de la gamme des services autorisés par le régime d'assurance-maladie. Ce sont :

- « a) la chirurgie plastique facultative ou autres services à fins esthétiques;
 - a.01) la correction d'un mamelon inversé;
 - a.02) l'élargissement des seins;
 - a.03) l'otoplastie pour les personnes de plus de dix-huit ans;
 - a.04) l'ablation de petites lésions de la peau, sauf si elles risquent de se canceriser;
- a.1) l'avortement, sauf lorsqu'effectué par un spécialiste en obstétrique et en gynécologie à un établissement hospitalier approuvé par la juridiction où est situé l'établissement hospitalier, et que deux médecins ont certifié par écrit que l'avortement était médicalement nécessaire;
- a.2) l'assistance chirurgicale pour les opérations de la cataracte, sauf si l'assistance est requise en raison des risques d'échec opératoire, à l'exception des risques inhérents à l'enlèvement-même de la cataracte, en raison d'une maladie ou autre complication;
- b) les remèdes, les médicaments, le matériel, les fournitures de chirurgie ou les dispositifs prothétiques;
- c) les vaccins, sérums, médicaments et préparations biologiques énumérés aux articles 106 et 108 du Règlement du Nouveau-Brunswick 88-200 établi en vertu de la *Loi sur la santé*;
- d) les consultations ou les renouvellements d'ordonnance par téléphone qui ne sont pas spécifiquement prévus dans le Cahier des tarifs;
- e) l'examen de dossiers ou certificats médicaux à la demande d'une tierce personne ou autres services prescrits par les règlements administratifs régissant l'hôpital ou le personnel médical;
- f) les services dentaires dispensés par un médecin;
 - f.1) les services qui sont généralement considérés au Nouveau-Brunswick comme étant expérimentaux ou qui sont fournis à titre de recherche appliquée;
 - f.2) les services qui sont fournis conjointement avec ceux qui sont visés à l'alinéa f.1) ou relativement à ceux-ci;

- h) le témoignage devant une cour ou tout autre tribunal;
- i) les immunisations, examens ou certificats pour fins de voyage, d'emploi, d'émigration, d'assurance ou faits à la demande d'une tierce personne;
- j) les services dispensés par des médecins aux membres de leur famille immédiate;
- k) la psychanalyse;
- l) l'électrocardiographie (E.C.G.) lorsqu'elle n'est pas effectuée par un spécialiste en médecine interne ou en pédiatrie;
- m) les actes de laboratoire non compris dans le tarif d'un examen ou d'une consultation;
- n) la détermination de vices de réfractions;
 - n.1) des services dispensés dans la province par des médecins ou des dentistes et dont les droits excèdent le montant payable en vertu du présent règlement;
- o) l'ajustage et la fourniture de lunettes ou lentilles de contact;
- p) la chirurgie transsexuelle;
 - p.1) les services de radiologie dispensés dans la province par une clinique privée de radiologie;
- q) l'acuponcture;
- r) un examen médical complet effectué dans le cadre d'un examen périodique et non pour des raisons de nécessité médicale;
- s) la circoncision des nouveaux-nés;
- t) l'inversion de vasectomies;
- u) une deuxième injection ou toute injection subséquente pour impuissance;
- v) l'inversion d'une ligature des trompes;
- w) l'insémination intra-utérine;
- x) la gastroplastie ou le contournement de l'estomac; et
- y) la ponction veineuse lorsqu'elle est effectuée aux fins d'un prélèvement sanguin et en tant que procédure unique dans un endroit autre qu'un établissement hospitalier agréé. »

Tous les services dentaires qui ne sont pas spécifiquement énumérés dans l'annexe 4 sur les soins dentaires ne sont pas couverts par le

régime. Les services médicaux énumérés à l'annexe 2 sont considérés comme les seuls services médicaux non assurés.

La décision de retirer un service médical ou de chirurgie dentaire de la liste des services assurés est fondée sur la correspondance du service à la définition de « nécessité médicale », sur l'examen des régimes de services de santé en place au pays et sur l'utilisation antérieure de ce service particulier. Une fois le retrait du service décidé, la *Loi sur le paiement des services médicaux* stipule que 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 à cette dernière, par le ministre de la Santé et du Mieux-être, pour fournir son avis et ses recommandations ne soit expiré. À la suite de la réception de l'avis et de la résolution de toutes les questions soulevées, une modification réglementaire est remplie. Les médecins en sont informés par écrit à la suite de l'émission de l'avis d'approbation. Le public est habituellement informé par les médias. Aucun processus de consultation publique n'est utilisé.

Aucun service médical ou de chirurgie dentaire n'a été supprimé de la liste des services assurés au cours de l'exercice 2002-2003.

3.0 Universalité

3.1 Admissibilité

La *Loi sur le paiement des services médicaux* et son règlement 84-20, articles 3 et 4, définissent l'admissibilité à l'assurance-maladie au Nouveau-Brunswick.

Les résidents doivent remplir une demande d'inscription à l'assurance-maladie et fournir la preuve de leur citoyenneté canadienne, de leur statut d'Autochtone, ou encore un document d'immigration canadien valide. Un résident est défini comme une personne légalement autorisée à être ou à demeurer au Canada, qui élit domicile et est habituellement présente au Nouveau-Brunswick, ce qui exclut les touristes, les personnes de passage et les visiteurs de la province.

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 d'attente avant de devenir admissible au régime d'assurance-maladie. La protection débute le premier jour du troisième mois suivant le mois d'arrivée.

Les résidents qui ne sont pas admissibles au régime d'assurance-maladie sont les suivants :

- les membres réguliers des Forces canadiennes;
- les membres de la Gendarmerie royale du Canada;
- les détenus des pénitenciers fédéraux;
- les personnes déménageant temporairement au Nouveau-Brunswick;
- 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 leur formation et qui sont admissibles à la couverture du régime de services médicaux de cette province;
- les non-Canadiens titulaires de certains types de permis d'autorisation canadiens (par ex., un permis d'études).

Disposition prévue pour l'admissibilité au régime d'assurance-maladie :

- les non-Canadiens qui détiennent un permis d'immigration qui, normalement, ne les autoriserait pas à bénéficier de la couverture, sont admissibles s'ils sont légalement mariés à un résident du Nouveau-Brunswick admissible ou s'ils en sont le conjoint de fait.

Dispositions prévues lors du changement de statut :

- les membres des Forces canadiennes, de la Gendarmerie royale du Canada ou les détenus sous responsabilité fédérale sont admissibles au régime à compter de la date de leur libération ou de leur élargissement, s'ils résidaient au Nouveau-Brunswick à cette date. Ils doivent remplir une demande et indiquer la date officielle de la libération ou de l'élargissement ainsi qu'une preuve de citoyenneté.

3.2 Exigences relatives à l'inscription au régime

Un prestataire qui souhaite devenir admissible au régime doit s'inscrire et inscrire toutes les personnes à sa charge âgées de moins de 19 ans en remplissant un formulaire fourni par les bureaux de l'assurance-maladie à cette fin, ou encore il doit être inscrit par une personne agissant en son nom.

Une fois la demande approuvée, le prestataire et les personnes à sa charge sont inscrits, et une carte d'assurance-maladie munie d'une date d'expiration est émise à chacun d'entre eux.

Un avis d'expiration comportant toute l'information familiale enregistrée à cette date dans les dossiers d'assurance-maladie est envoyé au prestataire deux ou trois mois avant la date d'expiration de la carte ou des cartes d'assurance-maladie. Un prestataire qui souhaite demeurer admissible au régime doit confirmer l'information qui figure sur l'avis d'expiration, apporter tous les changements pertinents, et renvoyer le formulaire aux bureaux de l'assurance-maladie. Le dossier est mis à jour à la réception du formulaire rempli, et une nouvelle carte est émise, accompagnée d'une nouvelle date d'expiration.

À l'heure actuelle, au Nouveau-Brunswick, seules les personnes considérées comme admissibles sont inscrites.

Tous les membres de la famille (le prestataire, son conjoint et les personnes à charge de moins de 19 ans) doivent s'inscrire comme une unité familiale. Les résidents qui cohabitent sans être légalement mariés peuvent s'inscrire comme une unité familiale, s'ils en font la demande.

Au 31 mars 2003, 738 744 résidents étaient inscrits au régime.

Les résidents peuvent choisir de se retirer du régime. On leur demande alors de signifier leur intention par écrit. Ces renseignements sont ensuite ajoutés à leur dossier, et les prestations prennent fin.

3.3 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-maladie sont admissibles s'ils sont légalement mariés à un résident admissible du Nouveau-Brunswick ou s'ils sont conjoints d'un tel résident, et s'ils demeurent en possession d'un permis d'immigration valide. Au moment du renouvellement, ils doivent fournir leur document d'immigration mis à jour. Environ 541 personnes étaient assurées en vertu de ces permis d'immigration au cours de l'exercice 2002-2003.

4.0 Transférabilité

4.1 Délai minimal de résidence

Il y a une période d'attente de trois mois pour devenir admissible au régime d'assurance-maladie. La couverture prend effet le premier jour du troisième mois suivant le mois d'arrivée.

4.2 Couverture durant des absences temporaires (au Canada)

La *Loi sur le paiement des services médicaux*, règlement 84-20, articles 3(4) et 3(5) définit la transférabilité de l'assurance-santé lors d'un séjour temporaire au Canada.

Les étudiants qui fréquentent à temps plein une université ou un autre établissement d'enseignement approuvé et qui quittent le Nouveau-Brunswick pour poursuivre leur formation dans une autre province bénéficient d'une couverture pour une période de douze mois renouvelable aux conditions suivantes :

- ❑ ils doivent fournir une preuve d'inscription;
- ❑ ils doivent communiquer avec les bureaux de l'assurance-maladie tous les douze mois pour conserver leur admissibilité;
- ❑ ils ne doivent pas établir de résidence à l'extérieur du Nouveau-Brunswick;
- ❑ ils ne doivent pas bénéficier d'une assurance-maladie dans une autre province.

Les résidents temporairement employés dans une autre province ou territoire bénéficient

d'une couverture pouvant aller jusqu'à douze mois, s'ils respectent les conditions suivantes :

- ❑ ils ne doivent pas établir de résidence dans une autre province;
- ❑ ils ne doivent pas bénéficier d'une couverture dans une autre province;
- ❑ ils doivent avoir l'intention de revenir au Nouveau-Brunswick.

Lorsque les résidents s'absentent pour plus de douze mois, ils doivent demander une couverture dans la province ou le territoire où ils sont employés et ils devraient y être admissibles le premier jour du treizième mois.

Le Nouveau-Brunswick a conclu des accords officiels avec toutes les provinces et les territoires du Canada pour la facturation réciproque des services hospitaliers assurés. Le Nouveau-Brunswick a également conclu des accords réciproques avec toutes les provinces, à l'exception du Québec, pour la prestation des services médicaux assurés. Les services fournis par des médecins du Québec à des résidents du Nouveau-Brunswick sont payés selon le tarif en vigueur au Québec, si les services offerts sont assurés au Nouveau-Brunswick. La majorité des réclamations de cette nature proviennent directement des médecins du Québec. Toute réclamation payée que soumet le patient est remboursée conformément aux règlements du Nouveau-Brunswick.

Sommes versées par le Nouveau-Brunswick aux autres provinces et territoires durant l'exercice 2002-2003 :

Services à des malades hospitalisés	23 477 103 \$
Services à des malades externes	5 387 946 \$
Services médicaux	9 303 055 \$

4.3 Couverture durant des absences temporaires (à l'étranger)

La *Loi sur le paiement des services médicaux*, règlement 84-20, articles 3(4) et 3(5) définit la transférabilité de l'assurance-maladie durant des séjours temporaires à l'étranger.

Étudiants : Les étudiants qui fréquentent à temps plein une université ou un autre établissement d'enseignement approuvé et qui

quittent le Nouveau-Brunswick pour poursuivre leur formation dans un autre pays bénéficiant de la couverture pour une période de douze mois renouvelable aux conditions suivantes :

- ❑ ils doivent fournir une preuve d'inscription;
- ❑ ils doivent communiquer avec les bureaux de l'assurance-maladie tous les douze mois pour conserver leur admissibilité;
- ❑ ils ne doivent pas établir leur résidence permanente à l'extérieur du Nouveau-Brunswick;
- ❑ ils ne doivent pas bénéficier d'une assurance-maladie ailleurs.

Employés temporaires : Les résidents employés temporairement à l'extérieur du pays bénéficient d'une couverture pouvant aller jusqu'à douze mois, même si l'on sait à l'avance qu'ils seront absents pour une période plus longue, pourvu qu'ils n'établissent pas de résidence à l'extérieur du Canada. Toute absence de plus de 182 jours, que ce soit pour des raisons de travail ou de vacances, nécessite une « approbation du directeur ». Cette approbation ne peut être accordée que pour une période n'excédant pas douze mois et ne sera accordée qu'une seule fois tous les trois ans. Les familles de ces résidents employés temporairement à l'extérieur du pays sont toujours couvertes par le régime si elles continuent de résider au Nouveau-Brunswick.

Exception applicable aux employés temporaires : Les employés mobiles sont des résidents dont les conditions d'emploi nécessitent qu'ils voyagent fréquemment à l'extérieur de la province. Il faut respecter certaines conditions pour être désigné employé mobile :

- ❑ la demande doit être soumise par écrit;
- ❑ il faut fournir de la documentation pour prouver son statut d'employé mobile, comme une lettre d'un employeur, une photocopie du permis d'immigration;
- ❑ la résidence permanente du travailleur doit continuer d'être au Nouveau-Brunswick;
- ❑ le travailleur doit revenir au Nouveau-Brunswick pendant les périodes de temps libre.

La désignation d'employé mobile est assignée pour une période maximale de deux ans, après quoi le résident doit soumettre une nouvelle

demande et fournir à nouveau la documentation pour confirmer son statut.

Employés contractuels : Tout résident du Nouveau-Brunswick acceptant un contrat de travail à l'extérieur du pays doit fournir les renseignements et la documentation qui suivent :

- ❑ une lettre de demande du résident du Nouveau-Brunswick portant sa signature, les détails de son absence, y compris le numéro d'assurance-maladie, l'adresse au Nouveau-Brunswick, la date de départ, la destination et l'adresse de réexpédition, la raison de l'absence et la date de retour;
- ❑ une copie de l'entente contractuelle conclue entre l'employé et l'employeur qui précise la date du début et de la fin de l'emploi.

Le statut d'« employé contractuel » est attribué pour une période maximale de deux (2) ans. Toute demande additionnelle de statut d'employé contractuel doit être transmise au directeur de l'assurance-maladie à des fins d'approbation au cas par cas.

L'assurance-maladie du Nouveau-Brunswick ne couvre, à l'extérieur du pays, que les services ambulatoires d'urgence, médicaux et hospitaliers, et les services aux malades hospitalisés qui en résultent. L'assurance-maladie paie les coûts des services médicaux associés aux interventions d'urgence au tarif en vigueur au Nouveau-Brunswick. Les frais d'établissement associés aux services médicaux sont, en monnaie canadienne, de 100 \$ par jour pour un malade hospitalisé et de 50 \$ par visite pour un malade externe.

L'assurance-maladie couvre les services fournis à l'étranger qui ne sont pas offerts au Canada, après approbation préalable seulement. Les résidents peuvent choisir d'obtenir, à l'étranger, des services non urgents; ceux qui reçoivent ces services assumeront toutefois la responsabilité de la totalité des coûts. En 2002-2003, le Nouveau-Brunswick a versé les sommes suivantes pour des services médicaux donnés à l'étranger :

Services à des malades hospitalisés	351 945 \$(US) 68 714 \$(CAN)
Services à des malades externes	226 818 \$(US) 17 399 \$(CAN)
Services médicaux	395 061 \$(CAN)

4.4 Nécessité d'une approbation préalable

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

- ❑ le service requis, un service équivalent ou un autre service n'est pas disponible au Canada;
- ❑ il est fourni dans un hôpital figurant dans la liste de l'édition actuelle de l'American Hospital Association Guide to the Health Care Field (guide des hôpitaux des États-Unis, des systèmes de santé, des réseaux, des alliances, des organisations de santé, des agences et des fournisseurs de soins);
- ❑ il est fourni par un médecin en titre;
- ❑ il constitue une méthode de traitement acceptée et reconnue par la communauté médicale et doit être considéré comme étant scientifiquement fondé au Canada. Les procédures expérimentales ne sont pas couvertes.

Si les conditions susmentionnées sont remplies, il est obligatoire de demander au préalable une approbation aux bureaux de l'assurance-maladie pour bénéficier d'une couverture. Un médecin, un patient ou un membre de sa famille doit demander au préalable une approbation pour recevoir ces services à l'étranger et fournir toute la documentation à l'appui provenant d'un spécialiste ou de spécialistes du Canada.

Les services suivants font l'objet d'une exemption dans la politique de couverture à l'étranger :

- ❑ l'hémodialyse : les patients doivent obtenir une approbation au préalable, et l'assurance-maladie remboursera le résident à un tarif équivalant au tarif interprovincial de 220 \$(CAN) la séance;
- ❑ les tests d'allergie pour la sensibilité aux substances présentes dans l'environnement : tous les tests envoyés à l'extérieur du pays seront remboursés au taux maximal de 50 \$ par jour, montant équivalant au coût d'une visite de malade externe.

Une approbation préalable est également nécessaire pour l'aiguillage des patients vers des hôpitaux de soins psychiatriques et des centres de lutte contre la toxicomanie situés à

l'extérieur de la province, car ces établissements sont exclus de l'entente de facturation réciproque. Une demande d'approbation préalable doit être reçue.

5.0 Accessibilité

5.1 Accès aux services de santé assurés

Puisqu'il n'existe aucun ticket modérateur au Nouveau-Brunswick pour les services de santé assurés, comme il est défini dans la *Loi canadienne sur la santé*, tous les résidents ont un accès égal aux services de santé assurés.

5.2 Accès aux services hospitaliers assurés

Le plan directeur du réseau hospitalier du Nouveau-Brunswick détermine le nombre de lits approuvés par la régie régionale de la santé. Le tableau suivant indique le nombre de lits approuvés.

Lits approuvés au mois de mars 2003

Bed Type	Nombre de lits	Pourcentage du nombre total de lits
Non tertiaire		
Soins actifs	2 899	72 %
Soins analeptiques	397	10 %
Toxicomanie	174	4 %
CORCAN	2	0 %
Anciens Combattants Canada	187	5 %
Somme partielle	3 659	91 %
Tertiaire		
Oncologie	78	2 %
Chirurgie cardiaque	26	1 %
Neurochirurgie	46	1 %
Psychiatrie tertiaire	206	5 %
Réadaptation tertiaire	20	0 %
Somme partielle	376	9 %
Total pour la province	4 035	100 %

Tous les établissements qui offrent des services assurés en vertu de la *Loi canadienne sur la santé* possèdent l'équipement ou les systèmes médicaux, chirurgicaux, de réadaptation et de diagnostic appropriés correspondant au niveau de soins désigné. Au 31 mars 2002, la province était équipée de neuf (9) tomodynamomètres, un pour chacune des huit RRS et une deuxième unité pour la RRS 2. La province possède également un appareil d'imagerie par résonance magnétique mobile de même que trois systèmes d'imagerie par résonance magnétique à un endroit fixe.

5.3 Accès aux services médicaux et de chirurgie dentaire assurés

Au total, 675 médecins de famille, 731 spécialistes, huit dentistes, trois orthodontistes

offraient des services assurés au Nouveau-Brunswick pendant l'exercice 2002-2003.

Au cours de l'exercice 2002-2003, le ministère de la Santé et du Mieux-être a continué ses travaux sur la stratégie de recrutement et de maintien en poste qui a pour but d'attirer de nouveaux médecins de famille et des spécialistes nouvellement autorisés. Cette stratégie, annoncée en 1999-2000, comprenait un fonds d'urgence visant à permettre au Ministère de mieux exploiter les possibilités de recrutement, l'affectation de primes d'emplacement de 25 000 \$ pour les médecins de famille et de 40 000 \$ pour les spécialistes qui souhaitent exercer leur profession dans des régions mal desservies, et l'achat de cinq places supplémentaires à la faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke, lequel a été entrepris en septembre 2002. La stratégie de recrutement et de maintien en poste prévoit aussi l'accroissement de l'engagement du gouvernement à l'égard des études supérieures des médecins de famille, le maintien à 300 semaines le programme de préceptorat d'été en milieu rural des étudiants en médecine, ainsi que le déploiement d'efforts visant à obtenir pour les médecins la parité salariale relative avec les médecins des autres provinces de l'Atlantique.

5.4 Rémunération des médecins

L'exercice 2002-2003 a été marqué par la conclusion d'un accord préliminaire pour les médecins rémunérés à l'acte. Cet accord prévoit une augmentation de 15 p. 100 sur une période de trois ans (de 2002-2003 à 2004-2005). Des discussions ont été tenues au cours de l'année avec la Société médicale du Nouveau-Brunswick afin de mettre en œuvre les initiatives visées par l'accord. .

Aucun processus de négociation officiel n'est prévu pour les dentistes au Nouveau-Brunswick.

Les règlements 84-20, 93-143 et 96-113 de la *Loi sur le paiement des services médicaux* régissent les paiements aux médecins et aux dentistes.

Au Nouveau-Brunswick, les modes de rémunération des médecins pour la prestation de services de santé assurés sont multiples : rémunération à l'acte, salaire, rémunération de

session ou autres modes de rémunération qui peuvent aussi être mixtes.

5.5 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 leur financement. La *Loi sur les régions régionales de la santé*, qui prévoit la prestation et l'administration des services de santé au sein de régions géographiques bien précises, est entrée en vigueur le 1^{er} avril 2002.

Au cours de l'exercice 2002-2003, aucune modification n'a été apportée au processus de paiement aux hôpitaux.

Le ministère de la Santé et du Mieux-être utilise deux éléments de la *Loi* pour distribuer les fonds disponibles aux huit RRS du Nouveau-Brunswick.

Le principal élément se fonde sur le « niveau de service actuel » (NSA). Il vise cinq services de soins aux patients :

- ❑ les services tertiaires (cardiologie, dialyse, oncologie);
- ❑ les services psychiatriques (unités et établissements psychiatriques);
- ❑ les programmes spécialisés (p. ex., services de toxicomanie);
- ❑ les services communautaires (programmes extra-muros, centres de santé);
- ❑ les soins généraux aux malades.

S'ajoutent à ces services des services de soutien qui ne concernent pas les soins aux malades (p. ex., administration générale, buanderie, alimentation, alimentation en énergie).

L'approche axée sur le NSA établit des budgets de base pour les huit RRS pour les programmes et les services susmentionnés. Ces budgets sont assortis de mesures pour les volumes de population et de services. Les budgets de base sont ensuite redressés chaque année afin de tenir compte de l'inflation et d'autres facteurs tels que les salaires de base négociés à l'échelle de la province.

La formule de répartition des fonds fondée sur la population, qui a été améliorée pendant l'exercice 2000-2001, a continué d'être utilisée au cours de 2002-2003. Cette méthode vise à prévoir la répartition appropriée des fonds disponibles pour les RRS selon les caractéristiques démographiques de la population et les parts de marché que représentent les volumes de patients, les cas étant mesurés par pondération du volume des ressources. À l'heure actuelle, cette méthode convient mieux aux volumes de malades hospitalisés en raison de l'absence de méthodes de répartition par groupes et de pondération applicables aux volumes de malades externes, notamment pour les services ambulatoires externes tels que l'oncologie et l'hémodialyse.

Le processus budgétaire actuel peut s'étendre sur plus d'un exercice et comporter plusieurs étapes. Chaque année, au mois de janvier, les RRS doivent fournir au Ministère leurs données touchant l'utilisation ainsi que leurs projections quant aux recettes pour l'exercice suivant; elles fournissent également leurs données touchant l'utilisation réelle et leurs données quant aux recettes pour les neuf premiers mois de l'exercice en cours. Ces renseignements, ainsi que les états financiers vérifiés des deux années précédentes, permettent d'évaluer les niveaux de financement prévus pour chaque RRS.

Des modifications sont apportées au budget pendant l'année afin de permettre certains rajustements des programmes et services pertinents, de façon récurrente ou non. Le processus de règlement de fin d'exercice permet de rapprocher le budget annuel total approuvé pour chaque RRS en fonction de ses états financiers vérifiés, ainsi que des revenus et les dépenses budgétés par rapport aux recettes et aux dépenses réelles.

6.0 Reconnaissance accordée aux transferts fédéraux

Le Nouveau-Brunswick reconnaît invariablement le rôle du gouvernement fédéral en ce qui a trait aux contributions versées dans le cadre du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux dans les documents

publics présentés au cours des processus législatifs ou administratifs. En font notamment partie les documents suivants :

- ❑ les documents budgétaires présentés par le ministre des Finances le 10 décembre 2002;
- ❑ les comptes publics présentés par le ministre des Finances le 19 décembre 2002;
- ❑ le budget principal des dépenses présenté par le ministre des Finances du Nouveau-Brunswick le 10 décembre 2002.

Le Nouveau-Brunswick ne produit pas de documents de promotion sur ses prestations d'assurance-maladie ou d'assurance-hospitalisation.

7.0 Services complémentaires de santé

Le Programme de soins de longue durée du Nouveau-Brunswick, service non assuré, a été transféré au ministère des Services familiaux et communautaires le 1^{er} avril 2000. Les soins en foyer de soins infirmiers, qui constituent aussi des services non assurés, sont donnés dans le cadre du Programme des services de foyers de soins du ministère des Services familiaux et communautaires. D'autres services en établissement sont offerts par diverses agences et sont assurés grâce à d'autres sources de financement au sein de la province.

Services résidentiels et complémentaires

Le tableau qui suit donne la liste des services en établissement et les services de soins prolongés offerts au Nouveau-Brunswick au 31 mars 2002. Les foyers de soins sont des organismes privés à but non lucratif, à l'exception d'un seul, qui appartient à la province. Pour y être admis, les clients doivent se soumettre à un processus d'évaluation fondé sur des critères précis touchant leur état de santé.

Les établissements résidentiels pour adultes sont, pour la plupart, des établissements privés à but non lucratif. Le nombre de lits disponibles varie constamment avec l'ouverture et la fermeture des établissements résidentiels par les propriétaires. Les clients y sont admis après avoir subi le même processus d'évaluation que

celui prévu pour l'admission aux foyers de soins infirmiers.

Les logements subventionnés sont réservés aux personnes âgées à faible revenu. Les critères d'admission sont exclusivement fondés sur l'âge et sur la situation financière du requérant. Les Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada offrent des services dans certaines unités.

Disponibilité des soins résidentiels et complémentaires

Service	Nombre d'unités ou de lits
Lits en foyers de soins	4 102
Établissements résidentiels pour adultes ¹ (lits)	5 104
Logements subventionnés (unités)	2 085
Total pour la province	11 291

1 Comprend les foyers de soins spéciaux et les résidences communautaires.

Soins ambulatoires

Au Nouveau-Brunswick, les soins ambulatoires comprennent les soins donnés dans les salles d'urgence des hôpitaux, les soins de jour et de nuit fournis à l'hôpital et les soins offerts dans les cliniques pourvu qu'ils le soient dans les hôpitaux, les centres de santé et les centres de santé communautaires. Selon le régime de services hospitaliers, les soins ambulatoires constituent un service assuré.

Programme extra-muros

Le Programme extra-muros du Nouveau-Brunswick, également connu sous le nom d'hôpital à la maison, est un programme de traitement actif dans le cadre duquel des soins actifs, des soins palliatifs, des soins de longue durée et des soins de réadaptation sont fournis dans la collectivité (à domicile, dans des foyers de soins ou dans des écoles publiques). Depuis 1996, le Programme est assuré par les huit RRS du Nouveau-Brunswick. Parmi les fournisseurs de soins, mentionnons des infirmières et infirmiers, des travailleuses sociales et travailleurs sociaux, des diététistes, des inhalothérapeutes, des physiothérapeutes,

des ergothérapeutes et des orthophonistes. Ces services, même s'ils ne sont pas couverts en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*, sont considérés comme un service assuré par le régime de services hospitaliers de la province.

8.0 Documents supplémentaires présentés à Santé Canada

Indicateurs de rendement du système de santé

[http://www.gnb.ca/0391/pdf/](http://www.gnb.ca/0391/pdf/HEALTHPerformancelndicators2002-f.pdf)

[HEALTHPerformancelndicators2002-f.pdf](http://www.gnb.ca/0391/pdf/HEALTHPerformancelndicators2002-f.pdf)

Fiche de rendement du système de santé du Nouveau-Brunswick 2003

<http://gnb.ca/0051/pub/pdf/hrecard-f.pdf>

Budget 2002-2003

[http://www.gnb.ca/hw-sm/sm/pub/](http://www.gnb.ca/hw-sm/sm/pub/budgets/02-03/index.htm)

[budgets/02-03/index.htm](http://www.gnb.ca/hw-sm/sm/pub/budgets/02-03/index.htm)

Loi établissant la Charte des droits et responsabilités en matière de santé

[http://www1.gnb.ca/legis/bill/](http://www1.gnb.ca/legis/bill/editform-f.asp?ID=208&legi=54&num=5&page=)

[editform-f.asp?ID=208&legi=54&num=5&page=](http://www1.gnb.ca/legis/bill/editform-f.asp?ID=208&legi=54&num=5&page=)

Appendice

Établissements hospitaliers du Nouveau-Brunswick, 2002-2003 (au 31 mars 2003)

Régie régionale de la santé	Établissements offrant des services de santé assurés (<i>Endroit</i>) :	Autres établissements (Centres de santé):
Régie régionale de la santé 1 (sud-est)	The Albert County Hospital Inc. (<i>Riverside-Albert</i>) The Moncton Hospital (<i>Moncton</i>) The Sackville Memorial Hospital (<i>Sackville</i>)	Petitcodiac Health Centre (<i>Petitcodiac</i>) Rexton Health Centre (<i>Rexton</i>)
Régie régionale de la santé 1 (Beauséjour)	Hopital Docteur Georges L. Dumont (<i>Moncton</i>) L'Hôpital Stella Maris de Kent (<i>Sainte-Anne-de-Kent</i>)	Centre médical régional de Shediac (<i>Shediac</i>)
Régie régionale de la santé 2	Saint John Regional Hospital (<i>Saint John</i>) The Charlotte County Hospital (<i>St. Stephen</i>) Sussex Health Centre (<i>Sussex</i>) St. Joseph's Hospital (<i>Saint John</i>) The Grand Manan Hospital (<i>Grand Manan Island</i>) Centracare Saint John Inc. ¹ (<i>Saint John</i>)	Campobello Health Centre (<i>Campobello Island</i>) Deer Island Health Centre (<i>Deer Island</i>) Fundy Hospital Association Ltd. (<i>Black's Harbour</i>)
Régie régionale de la santé 3	Northern Carleton Hospital (Bath) Queens North Health Complex (Minto) L'Hôtel-Dieu Saint-Joseph de Perth-Andover Inc. (Perth-Andover) Dr. Everett Chalmers Hospital (Fredericton) The Tobique Valley Hospital (Plaster Rock) Stan Cassidy Centre for Rehabilitation ¹ (Fredericton) The Carleton Memorial Hospital (Woodstock)	MacLean Memorial Hospital (McAdam) Chipman Health Services Centre (Chipman) Upper Miramichi Health Services Centre (Doaktown) Upper Miramichi Health Services Centre (Boisestown) Stanley Health Services Centre (Stanley) Fredericton Junction Health Services Centre (Fredericton Junction) Harvey Community Hospital (Harvey Station)
Régie régionale de la santé 4	L'Hôpital régional d'Edmundston (<i>Edmundston</i>) Grand Falls General Hospital Inc. (<i>Grand Falls</i>) L'Hôtel-Dieu Saint-Joseph de Saint-Quentin Inc. (<i>Saint-Quentin</i>)	Centre de santé de Sainte-Anne-de-Madawaska (<i>Sainte-Anne-de-Madawaska</i>)
Régie régionale de la santé 5	L'Hôpital régional de Campbellton (<i>Campbellton</i>) Restigouche Hospital Centre Inc. ¹ (<i>Campbellton</i>) L'Hôpital Saint-Joseph de Dalhousie (<i>Dalhousie</i>)	Centre de santé de Jacquet River (<i>Belledune</i>)
Régie régionale de la santé 6	L'Hôpital régional de Chaleur (<i>Bathurst</i>) Centre hospitalier de l'Enfant-Jésus Inc. (<i>Caraquet</i>) Centre hospitalier de Lamèque (<i>Lameque</i>) Centre hospitalier de Tracadie (<i>Tracadie-Shiela</i>)	Centre de santé de Paquetville (<i>Paquetville</i>) Centre de santé de Chaleur (<i>Pointe Verte</i>)
Régie régionale de la santé 7	Miramichi Regional Hospital (<i>Miramichi</i>)	Baie-Ste-Anne Health Centre (<i>Baie-Ste-Anne</i>) Neguac Health Centre (<i>Neguac</i>) Blackville Health Centre (<i>Blackville</i>) Rogersville Health Centre (<i>Rogersville</i>)

Nota : Les « services de santé assurés » sont définis dans la *Loi canadienne sur la santé*. Cette liste ne tient pas compte des Services de lutte contre la toxicomanie, des unités des Anciens Combattants et des unités des programmes extra-muros.

1 Indique un centre de soins tertiaires provincial

Énoncé du Québec

Dans le présent rapport, les renseignements relatifs au Québec sont présentés de la même manière que dans les précédents rapports annuels préparés par Santé Canada pour répondre, depuis l'adoption de la *Loi canadienne sur la santé*, aux exigences de cette législation.

Le gouvernement du Québec, en vertu de sa compétence constitutionnelle en matière de santé, rend des comptes à l'Assemblée nationale et aux citoyens québécois sur sa gestion des services de santé. À cette fin, il rend publics, de façon régulière, divers documents et rapports traitant, notamment, de l'état de santé de la population, de la satisfaction des patients et de l'organisation des services de santé et des services sociaux sur son territoire. La plupart de ces documents sont disponibles dans les sites Web du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec www.msss.gouv.qc.ca et de la Régie de l'assurance maladie du Québec www.ramq.gouv.qc.ca.

Réponse du gouvernement fédéral au Québec

La ministre fédérale de la Santé est responsable au Parlement et aux Canadiens pour la surveillance de la conformité des provinces et des territoires par rapport à la *Loi canadienne sur la santé*. L'article 23 de la *Loi canadienne sur la santé* exige qu'un rapport annuel au Parlement soit établi, au plus tard le 31 décembre de chaque année, sur l'administration de cette loi au cours du précédent exercice. Ce rapport annuel doit inclure « [...] tous les renseignements pertinents sur la mesure dans laquelle les régimes provinciaux d'assurance santé et les provinces ont satisfait aux conditions d'octroi et de versement prévues à la présente loi. » Pour remplir cette obligation statutaire, la ministre de la Santé doit obtenir l'information directement des régimes d'assurance-santé des provinces et des territoires.

En 1999, le vérificateur général du Canada a fait la recommandation suivante : « Dans ses rapports annuels au Parlement, Santé Canada devrait préciser dans quelle mesure les régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux ont satisfait aux conditions d'octroi et de versement de la *Loi canadienne sur la santé*. Lorsque le Ministère n'inclut pas cette information dans ses rapports, il devrait expliquer clairement la raison de cette absence. » Pour faire suite à cette recommandation portant sur l'amélioration des activités de surveillance et d'application de la *Loi canadienne sur la santé*, Santé Canada, en collaboration avec les provinces et les territoires, a élaboré en 2000 et en 2001 une présentation normalisée pour le *Rapport annuel sur l'application de la Loi canadienne sur la santé*. Il en a aussi élargi le contenu afin que les lecteurs puissent mieux déterminer la mesure dans laquelle les provinces et les territoires se conforment à cette Loi.

Santé Canada a informé toutes les provinces et tous les territoires des modifications à apporter à la présentation et au contenu du rapport, dont l'ajout d'une annexe statistique permettant de situer dans un contexte quantitatif l'application de la *Loi canadienne sur la santé*. Le Ministère a offert aux autorités provinciales et territoriales soutien et conseils techniques pour la préparation de leurs documents en organisant de nombreuses téléconférences et réunions multilatérales. Toutes les provinces et tous les territoires, sauf le Québec, ont accepté d'apporter ces modifications.

Le gouvernement fédéral n'est pas convaincu que le Québec fournit suffisamment d'information pour permettre une évaluation efficace de la conformité de la province aux dispositions de la *Loi canadienne sur la santé* et l'application des recommandations du vérificateur général du Canada. Le gouvernement fédéral continuera à collaborer avec le Québec afin que cette information soit disponible et, par le fait même, qu'il puisse démontrer la conformité de la province à la Loi.

Gestion publique

Régimes d'assurance hospitalisation et de soins médicaux

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

Le régime d'assurance maladie du Québec est administré par la Régie de l'assurance maladie du Québec, organisme public établi par le gouvernement provincial et qui relève du ministre de la Santé et des Services sociaux. Les deux régimes sont gérés sans but lucratif, et tous les livres et comptes sont vérifiés par le Vérificateur général de la province.

Intégralité

Régime d'assurance hospitalisation

Le réseau d'établissements régi par le ministère de la Santé et des Services sociaux comprend les centres hospitaliers, certains centres d'hébergement et de soins de longue durée (anciens centres hospitaliers de soins de longue durée)¹ et les centres locaux de services communautaires (CLSC).

Le traitement des maladies physiques et mentales est assumé par les centres hospitaliers et par certains centres d'hébergement et de soins de longue durée.

Les services assurés aux malades hospitalisés sont dispensés dans les unités d'hospitalisation des centres hospitaliers, tandis que les services assurés de consultation externe sont principalement dispensés dans les centres hospitaliers et dans les CLSC.

1 Depuis le 1^{er} octobre 1992, les centres hospitaliers de soins de longue durée et les centres d'hébergement font partie d'une seule catégorie d'établissements (centres d'hébergement et de soins de longue durée—CHSLD) sans que leur mission spécifique ne soit modifiée pour autant.

Les services assurés aux malades hospitalisés comprennent : l'hébergement et les repas en salle commune; 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, de radiologie 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 de moindre importance (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; l'ablation 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.

Les services hospitaliers non assurés comprennent : la chirurgie plastique; la fécondation *in vitro*; 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.

Régime de soins médicaux

Les services assurés par ce régime comprennent : les services médicaux et chirurgicaux rendus par les médecins; les services de chirurgie buccale 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.

Les services suivants ne sont pas considérés comme assurés :

- ❑ 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, mesurées au plan cornéen;
- ❑ toute consultation par voie de télécommunication ou par correspondance;
- ❑ 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 thermographie, 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 tomодensitométrie, 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 encore, à des fins obstétricales, dans un centre local de services communautaires reconnu à cet effet;
- ❑ 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.

En plus des services de santé assurés de base, la Régie couvre également, avec des restrictions pour certains habitants du Québec au sens de la *Loi sur l'assurance maladie* et les prestataires d'assistance-emploi, les services optométriques; les services dentaires pour les enfants et les prestataires d'assistance-emploi, et les prothèses dentaires acryliques pour les

prestataires d'assistance-emploi; les prothèses, les appareils orthopédiques, les aides à la locomotion et à la posture, et les autres équipements qui suppléent à une déficience physique; les prothèses mammaires externes; les prothèses oculaires; les aides auditives, les aides de suppléance à l'audition et les aides visuelles pour les personnes ayant un handicap auditif ou visuel; les appareils fournis aux stomisés permanents.

Par ailleurs, en matière d'assurance médicaments, depuis le 1^{er} janvier 1997, la Régie couvre, outre sa clientèle habituelle (prestataires d'assistance-emploi et personnes âgées de 65 ans ou plus), les personnes qui autrement n'auraient pas accès à un régime privé d'assurance-médicaments. Le régime d'assurance médicaments couvre 3,2 millions de personnes assurées.

Universalité

Régimes d'assurance hospitalisation et de soins médicaux

L'inscription à l'assurance hospitalisation n'est pas nécessaire; il suffit d'être inscrit à la Régie de l'assurance maladie ou de fournir une preuve de résidence pour établir l'admissibilité. Toute personne qui réside ou qui séjourne au Québec doit être inscrite à la Régie de l'assurance maladie pour être admissible au régime d'assurance maladie. Les services reçus par les membres réguliers des Forces canadiennes, les membres de la Gendarmerie royale du Canada et les détenus des pénitenciers fédéraux ne sont pas assurés par le régime. Aucune prime n'est perçue.

Transférabilité

Régimes d'assurance hospitalisation et de soins médicaux

Délai minimal de résidence

Une personne qui s'établit au Québec après avoir quitté une province canadienne devient bénéficiaire 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.

Lorsqu'ils séjournent 183 jours ou plus à l'extérieur du Québec, 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. Les fonctionnaires du gouvernement du Québec, les employés d'un organisme sans but lucratif dont le siège social est au Canada et qui travaillent à l'étranger dans le cadre d'un programme d'aide ou de coopération internationale reconnu par le ministre de la Santé et des Services sociaux ainsi que les conjoints et les personnes à charge de l'une ou l'autre de ces personnes maintiennent leur statut d'habitant de la province pourvu qu'ils avisent la Régie de leur absence.

Il en est de même pour les personnes qui séjournent dans une autre province 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 d'habitant de la province pourvu que leur famille demeure au Québec ou qu'elles y conservent une habitation.

Maintiennent également leur statut d'habitant de la province 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 et pourvu qu'elles en avisent la Régie.

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 d'attente pouvant aller jusqu'à trois mois. Les personnes qui reçoivent des prestations d'aide financière de derniers

recours deviennent admissibles dès leur inscription. Les membres des Forces canadiennes ou de la Gendarmerie royale du Canada qui n'ont pas acquis la qualité d'habitants du Québec et les détenus des pénitenciers fédéraux, deviennent bénéficiaires 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, 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 deviennent admissibles au régime après un délai d'attente.

Paiement des services dispensés au Canada

Les coûts des services hospitaliers reçus par un bénéficiaire dans une autre province ou un territoire sont remboursés selon les termes de l'accord interprovincial de facturation réciproque en matière d'assurance-hospitalisation, convenu entre les provinces et territoires du Canada. Ces coûts sont remboursés soit au taux établi pour l'hospitalisation en salle et approuvé par la province ou territoire d'accueil, ou au tarif interprovincial approuvé s'il s'agit de services de consultation externe ou d'intervention coûteux. Toutefois, depuis le 1^{er} novembre 1995, lorsqu'un habitant de l'Outaouais est hospitalisé dans un centre hospitalier d'Ottawa pour des soins non urgents ou des services disponibles dans l'Outaouais, le gouvernement du Québec rembourse un montant maximal de 450 \$ par jour d'hospitalisation.

Les coûts des services médicaux reçus par un bénéficiaire 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 d'Ottawa soient rémunérés selon le barème ontarien lorsqu'ils dispensent des soins en cas d'urgence et lorsque les services spécialisés fournis ne sont pas offerts dans la région de l'Outaouais. Cette entente est entrée en vigueur le 1^{er} novembre 1989. Une entente semblable a été signée en

décembre 1991 entre le Centre de santé Témiscaming et North Bay.

Paiement des services dispensés à l'étranger

Depuis le 1^{er} septembre 1996, les services hospitaliers dispensés à l'extérieur du Canada en situation d'urgence ou de maladie subite sont remboursés par la Régie, généralement en dollars canadiens, jusqu'à concurrence de 100 \$CA par jour s'il y a eu hospitalisation, y compris dans le cas d'une chirurgie d'un jour, ou 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. 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.

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 ministère de la Santé et des Services sociaux doivent communiquer avec la Régie pour déterminer leur admissibilité. Si la Régie leur reconnaît un statut particulier, ils sont remboursés en totalité pour les frais hospitaliers en cas d'urgence ou de maladie subite et à 75 p. 100 dans les autres cas.

Les services assurés rendus par les médecins, les dentistes, les chirurgiens buccodentaires 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. Tous les services assurés dans la province sont remboursés au tarif du Québec, habituellement en dollars canadiens, lorsqu'ils sont dispensés à l'étranger.

Les bénéficiaires qui doivent recevoir à l'étranger des services médicaux en milieu hospitalier qui ne sont pas offerts au Québec ou au Canada sont remboursés à 100 p. 100 avec autorisation préalable pour les services médicaux et hospitaliers répondant à certaines conditions. Les responsables du régime

n'accordent pas leur consentement si le service **médical** en question est offert au Québec ou au Canada.

Déménagement permanent à l'extérieur de la province

Une personne assurée qui quitte le Québec pour s'établir dans une autre province ou territoire du Canada demeure bénéficiaire jusqu'à concurrence de trois mois après son départ. 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 bénéficiaire.

Accessibilité

Régimes d'assurance hospitalisation et de soins médicaux

Accès raisonnable

Toute personne a le droit de recevoir des services de santé adéquats sans discrimination d'aucune sorte.

Les médecins québécois ne pratiquent pas la surfacturation. 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.

Au 31 mars 2003, le Québec comptait 123 établissements ayant une mission de centre hospitalier pour une clientèle souffrant de maladie aiguë. À la même date, on comptait 21 794 lits de soins physiques et psychiatriques de courte durée, au permis de ces établissements. Par ailleurs, dans les établissements hospitaliers du Québec, il y eu entre le 1^{er} avril 2001 et le 31 mars 2002² près de 706 400 admissions pour des séjours de courte durée et près de 286 300 inscriptions en chirurgie d'un jour. Ces hospitalisations et

inscriptions ont représenté plus de **5 000 000** jours d'hospitalisation.

Paiements aux centres hospitaliers

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 2001-2002² aux établissements ayant mission de centre hospitalier pour les services de santé assurés fournis aux habitants du Québec se sont élevés à plus de 6,4 milliards de dollars, et les paiements versés aux centres hospitaliers de l'extérieur se sont élevés à environ 65 millions \$.

Mode de paiement des soins médicaux

Les médecins sont rémunérés selon les tarifs prévus et négociés. Les médecins désengagés sont rémunérés directement par le patient selon le barème des honoraires après que celui-ci a été payé par la Régie. Les médecins non participants sont rémunérés directement par le patient selon le tarif exigé.

Rémunération raisonnable

La rémunération raisonnable pour tous les services de santé assurés dispensés par les professionnels de la santé est établie par la loi. 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 ou les effectifs de la santé sont considérés comme insuffisants. Le Ministre peut aussi prévoir un taux de rémunération différent pour les médecins omnipraticiens et les médecins spécialistes durant les premières années d'exercice selon le territoire ou l'activité en cause. Ces dispositions font suite à la consultation menée auprès des organismes représentatifs des groupes professionnels.

2 La dernière année pour laquelle ces données sont disponibles.

En 2002-2003, la Régie a versé un montant évalué à 2 894,9 millions de dollars aux médecins de la province, alors que le montant évalué pour les services médicaux hors de la province s'élevait à 9,0 millions de dollars.

Services complémentaires de santé

Des soins intermédiaires, des soins aux adultes en établissement et des soins à domicile sont offerts. Les admissions sont coordonnées à l'échelle régionale et sont fondées sur un outil d'évaluation unique. Les CLSC reçoivent les candidats, évaluent leurs besoins en matière de santé et prennent des dispositions en vue de la prestation de services, comme les programmes de centre de jour ou les soins à domicile, ou orientent ces personnes vers les organismes appropriés.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux offre certains services de soins à domicile qui comprennent les services de soins infirmiers et d'aide, les services d'aides familiales et la surveillance médicale.

Les résidences, de même que les unités de soins prolongés des hôpitaux de soins de courte durée, mettent l'accent sur le maintien de l'autonomie et des capacités fonctionnelles de leurs clients en leur fournissant toute une gamme de programmes et de services, y compris des soins de santé.

Introduction

L'Ontario est doté d'un des systèmes de santé financés par l'État les plus complexes au monde qui est administré par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario (MSSLDO). Durant l'exercice 2002-2003, le ministère a pu compter sur 25,9 milliards de dollars de financement pour ses activités.

Le MSSLDO a pour responsabilité de fournir des services au public ontarien par l'entremise de programmes tels que :

- le régime d'assurance-santé;
- le régime d'assurance-médicaments;
- des appareils et des accessoires fonctionnels;
- des soins aux personnes souffrant de troubles psychiques;
- des soins à domicile;
- des services de soutien communautaire;
- des services de santé publique;
- des services de promotion de la santé et de prévention des maladies.

Le MSSLDO est également responsable de la réglementation et du financement touchant les hôpitaux et les établissements de longue durée (les établissements de soins infirmiers et pour personnes âgées), gère les hôpitaux psychiatriques et les laboratoires médicaux et subventionne et régleme ou gère directement les services de santé d'urgence.

1.0 Gestion publique

1.1 Régime d'assurance-santé et autorité publique

Le régime d'assurance-santé de l'Ontario est sans but lucratif et est administré par le MSSLDO.

Le régime a été établi en vertu de la *Loi sur l'assurance-santé* (Lois refondues de l'Ontario,

1990, c. H-6) pour offrir une assurance sur les coûts des services assurés offerts dans les hôpitaux et les établissements de santé et par les médecins et les autres professionnels de la santé.

Au cours de l'exercice 2002-2003, aucune modification n'a été apportée à la *Loi sur l'assurance-santé* ou à la réglementation connexe de manière à modifier le nom ou le pouvoir public du régime.

1.2 Liens hiérarchiques

Le régime d'assurance-santé de l'Ontario est administré par le MSSLDO qui présente régulièrement des rapports au public. Par exemple, comme activité principale, les activités associées à l'assurance-santé de l'Ontario font partie du plan d'activités annuel du MSSLDO.

1.3 Vérification des comptes

Le vérificateur de la province procède à une vérification annuelle du MSSLDO. Le rapport annuel de 2003 du vérificateur provincial, publié le 2 décembre 2003, a examiné les activités du ministère dans le domaine de la santé publique.

Les comptes et les transactions du MSSLDO sont publiés annuellement dans les Comptes publics de l'Ontario. Les Comptes publics de l'Ontario de 2002-2003 ont été diffusés le 21 novembre 2003.

2.0 Intégralité

2.1 Services hospitaliers assurés

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

Les services assurés fournis aux malades hospitalisés comprennent :

- l'hébergement dans une unité de soins commune et les repas;

- ❑ les services infirmiers nécessaires;
- ❑ les procédures de laboratoire, de radiologie et les autres procédures de diagnostic;
- ❑ les médicaments, les préparations biologiques et les préparations connexes;
- ❑ l'utilisation des salles d'opération, des salles d'accouchement et des facilités anesthésiques.

Les services assurés fournis aux malades externes comprennent :

- ❑ les procédures de laboratoire, de radiologie et les autres procédures 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 conseil diététique;
- ❑ l'utilisation de l'équipement, des fournitures et de la médication associés à la dialyse rénale à domicile et à la suralimentation à domicile;
- ❑ l'équipement, les fournitures et la médication fournis aux patients hémophiles pour usage à la maison;
- ❑ la cyclosporine fournie aux patients greffés;
- ❑ la zidovudine, la didanosine, la zalcitabine et la pentamidine fournies aux patients infectés par le VIH;
- ❑ les hormones de croissance humaines biosynthétiques fournies aux patients souffrant de déficience en hormones de croissance endogènes;
- ❑ les médicaments destinés au traitement de la fibrose kystique et de la thalassémie;
- ❑ l'érythropoïétine fournie aux patients souffrant d'anémie à la phase terminale d'une maladie rénale;
- ❑ l'αglucérase administrée aux patients souffrant de la maladie de Gaucher;
- ❑ la clozapine fournie aux patients souffrant d'une forme de schizophrénie résistante au traitement;
- ❑ l'administration d'un vaccin antirabique.

En 2002-2003, il y avait 154 hôpitaux publics (excluant les hôpitaux spécialisés, les hôpitaux privés, les hôpitaux psychiatriques provinciaux, les hôpitaux fédéraux et les établissements de longue durée) en opération en Ontario. Ils comprennent 139 hôpitaux de soins actifs, 11

hôpitaux pour malades chroniques et quatre unités de réadaptation générale et spécialisée.

Les hôpitaux sont catégorisés par activité principale, même s'ils offrent divers services. Par exemple, bon nombre d'hôpitaux de soins actifs offrent des services de soins pour malades chroniques, tout comme bon nombre d'établissements pour malades chroniques offrent aussi des services de réadaptation.

Les hôpitaux publics de l'Ontario sont soumis à la *Loi sur les hôpitaux publics*, laquelle comprend le Règlement 964 sur la classification des hôpitaux et le Règlement 965 sur la gestion des hôpitaux.

Lorsque des services médicaux assurés sont fournis dans les installations agréées autres que les hôpitaux, et lorsque les coûts totaux des services assurés ne sont pas inclus dans les frais médicaux payés en vertu de la *Loi sur l'assurance-santé*, le MSSLDO offre un financement des frais d'établissement en vertu de la *Loi sur les établissements de santé autonomes*. Les frais d'établissement comprennent le coût des installations, de l'équipement, des fournitures et du personnel utilisés pour offrir un service assuré, lorsque ces coûts ne sont pas inclus dans les frais du médecin. En vertu de la *Loi sur les établissements de santé autonomes*, les frais d'établissement aux patients sont interdits.

Seuls les établissements agréés en vertu de la *Loi sur les établissements de santé autonomes* peuvent facturer les frais d'établissement au gouvernement. Ces établissements agréés comprennent des établissements de traitement et de chirurgie (où se font des avortements, des chirurgies de la cataracte, des dialyses, des chirurgies plastiques, etc.) et des établissements de diagnostic (où l'on offre des services de radiographie, d'ultrasons, de médecine nucléaire, des études du sommeil et des études fonctionnelles respiratoires). Les nouveaux établissements sont habituellement fondés à la suite d'un processus de demandes de propositions basé sur une évaluation du besoin envers le service en question.

2.2 Services médicaux assurés

La *Loi sur l'assurance-santé* et ses règlements d'application régissent les services médicaux assurés.

En vertu de l'alinéa 37.1(1) du Règlement 552 de la *Loi sur l'assurance-santé*, un service rendu par un médecin en Ontario est assuré s'il est médicalement nécessaire et est inclus dans le barème des prestations et est fourni dans des circonstances ou conditions spécifiées dans le barème des prestations.

Les médecins assurent des services de soins de santé primaires, ainsi que des services médicaux, chirurgicaux et diagnostics. Les services sont offerts dans une variété de cadres, y compris les cabinets privés, les organismes de services de santé, les centres de santé communautaire, les hôpitaux, les établissements psychiatriques, les établissements de santé autonomes, les cliniques sans rendez-vous, et les établissements de soins de longue durée.

En termes généraux, les services médicaux assurés comprennent les services suivants :

- le diagnostic et le traitement des déficiences et conditions médicales;
- les examens et les tests médicaux;
- les procédures chirurgicales;
- les services de maternité;
- l'anesthésie;
- la radiologie et les services de laboratoire offerts dans des établissements approuvés;
- les vaccinations, les injections et les tests.

Le barème des prestations fait l'objet d'un examen et d'une révision continue afin de refléter la pratique actuelle de la médecine et la nouvelle technologie. De nouveaux services peuvent être ajoutés, les services actuels peuvent être révisés ou les services désuets peuvent être éliminés par le truchement d'une modification réglementaire. Pour ce faire, il faut consulter le Comité tarifaire central de l'Association médicale de l'Ontario.

Les médecins peuvent soumettre les réclamations pour tous les services assurés fournis à des personnes assurées, directement au régime d'assurance-santé de l'Ontario conformément à l'article 15, ou ils peuvent facturer la personne assurée tel qu'énoncé à l'article 17 de la *Loi sur l'assurance-santé* (voir également la *Loi sur l'accessibilité aux services de santé*). Les médecins qui ne facturent pas directement le régime d'assurance-santé de l'Ontario sont habituellement désignés comme

« exclus ». Lorsqu'un médecin a choisi d'être exclu, il facture le patient (pas plus que le montant payable pour le service selon le barème des prestations), et le patient a ensuite droit à un remboursement du régime d'assurance-santé de l'Ontario.

L'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario est l'organisme qui autorise les médecins à pratiquer la médecine en Ontario.

Environ 21 000 médecins inscrits ont soumis des réclamations au régime d'assurance-santé de l'Ontario en 2002-2003.

2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

Les services hospitaliers de chirurgie dentaire assurés qui, par nécessité médicale, doivent être effectués à l'hôpital et qui sont prescrits par l'article 16 du Règlement 552 de la *Loi sur l'assurance-santé* de l'Ontario, comprennent les services suivants :

- le traitement des blessures traumatiques;
- les incisions chirurgicales;
- l'excision des tumeurs et des kystes;
- le traitement des fractures;
- les allogreffes;
- les implants;
- les reconstructions alloplastiques;
- toutes les autres pratiques dentaires spécifiées.

En 2002-2003, le nombre de dentistes et de chirurgiens stomatologistes qui ont fourni des services assurés s'établissait à environ 320.

2.4 Services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

Les services prescrits et fournis conformément à la *Loi sur l'assurance-santé* et ses règlements sont assurés. L'article 24 du Règlement 552 précise les services qui sont expressément désignés comme non assurés.

Les services hospitaliers non assurés comprennent :

- les frais supplémentaires reliés aux installations préférées, sauf si approuvé par

- un médecin, un chirurgien buccal et maxillo-facial ou une sage-femme;
- le téléphone et la télévision;
- les frais associés aux services d'une infirmière particulière;
- les chirurgies à caractère esthétique, dans la plupart des circonstances;
- la fourniture de médicaments à emporter à la maison, avec certaines exceptions;
- les visites à l'hôpital (à l'intérieur de la province) ayant pour seul but l'administration de médicaments, avec certaines exceptions.

Les services médicaux non assurés comprennent :

- les services non nécessaires sur le plan médical;
- les frais d'appels interurbains;
- la préparation ou la fourniture d'un médicament, d'un antigène, d'un antisérum ou d'une autre substance, à moins que le médicament, l'antigène ou l'antisérum est utilisé pour faciliter la procédure;
- les conseils donnés par téléphone à une personne assurée ou à une personne qui la représente;
- les entrevues ou les conférences au sujet d'un cas, selon certaines circonstances;
- la préparation et la transmission des dossiers à la demande de la personne assurée;
- les services dispensés totalement ou en partie pour la production ou l'achèvement d'un document ou la transmission d'information à un tiers dans des circonstances spécifiées;
- la production ou l'achèvement d'un document ou la transmission d'information à toute personne autre que la personne assurée, dans des circonstances spécifiées;
- la fourniture d'une ordonnance sans qu'un service concomitant ne soit rendu;
- la chirurgie à caractère esthétique;
- les pratiques d'acupuncture;
- les tests psychologiques;
- les programmes de dépistage en groupe;
- les programmes de recherche et d'enquêtes.

En vertu de la *Loi sur l'accessibilité aux services de santé*, il est interdit aux médecins

de facturer un patient ou d'accepter de ce dernier un montant supérieur à celui payable par le régime d'assurance-santé de l'Ontario pour le service assuré. Toutefois, un médecin peut facturer un service non assuré par le régime d'assurance-santé de l'Ontario. Le MSSLDO ne réglemente pas les frais facturés pour des services non assurés. L'Association médicale de l'Ontario publie un barème des frais suggérés pour les services non assurés.

3.0 Universalité

3.1 Admissibilité au régime

Sauf quelques exceptions où la période d'attente est annulée, tous les résidents de l'Ontario sont admissibles à la couverture par le régime d'assurance-santé de l'Ontario sous réserve d'une période d'attente de trois mois. Les règlements d'application de la *Loi sur l'assurance-santé* de l'Ontario définissent les catégories de personnes qui sont résidentes de l'Ontario ainsi que celles qui sont soumises ou non à une période d'attente de trois mois.

Afin d'être considéré résidente de l'Ontario aux fins de l'obtention d'une couverture du régime d'assurance-santé de l'Ontario, une personne doit :

- détenir le statut de citoyen ou d'immigrant prescrit (article 1.1(1) du Règlement 552 de la *Loi sur l'assurance-santé*;
- établir sa résidence permanente principale en Ontario;
- en termes généraux, être présent physiquement en Ontario au moins 153 jours par période de douze mois.

Sauf quelques exceptions établies dans le Règlement 552, la plupart des nouveaux résidents et des résidents de retour sont soumis à une période d'attente de trois mois. Le MSSLDO détermine si une personne est soumise ou non à une période d'attente de trois mois après que la personne a fait la demande de couverture du régime d'assurance-santé. Les anciens détenus fédéraux et les personnes nouvellement reconnues comme réfugiées au sens de la Convention sont parmi ceux qui sont exemptés de la période d'attente.

Les personnes non admissibles au régime d'assurance-santé de l'Ontario comprennent celles qui n'ont pas leur citoyenneté ou le statut d'immigrant tel que prescrit en vertu du Règlement 552, tels que les demandeurs du statut de réfugiés (qui ne sont pas des réfugiés au sens de la Convention). Les autres catégories de personnes telles que les détenus des pénitenciers fédéraux ne sont habituellement pas couverts s'ils sont admissibles à des services en vertu de la loi fédérale, conformément au Règlement 552. Les personnes qui n'étaient pas admissibles, mais dont le statut a changé (p. ex., changement du statut d'immigrant ou libération d'un pénitencier fédéral) peuvent, à la suite de la présentation d'une demande, être admissibles à la couverture du régime d'assurance-santé de l'Ontario sous réserve des exigences du Règlement 552.

3.2 Exigences relatives à l'inscription au régime

Chaque résident de l'Ontario qui souhaite obtenir la couverture offerte par le régime d'assurance-santé de l'Ontario doit s'inscrire auprès dudit régime.

Une carte santé est émise aux résidents admissibles qui adressent une demande au directeur général du régime d'assurance-santé de l'Ontario, conformément aux articles 2 et 3 du Règlement 552. La demande de couverture doit être formulée par les personnes admissibles qui établissent leur résidence permanente dans la province. L'inscription se fait au bureau local du régime d'assurance-santé de l'Ontario.

Les demandeurs doivent remplir et signer un formulaire d'inscription du régime d'assurance-santé de l'Ontario et fournir au MSSLDO des preuves de leur statut de citoyen ou d'immigrant, de leur résidence et de leur identité. Les demandeurs doivent fournir chaque catégorie de documents originaux au moment de l'inscription. Une fois que l'admissibilité a été déterminée, les demandeurs âgés de plus de 15 ans et demi doivent généralement donner leur photographie et leur signature pour la carte santé.

Chaque carte santé avec photo est munie d'une date d'expiration et de renouvellement dans le coin inférieur droit. Le MSSLDO poste les avis

de renouvellement à l'intention des personnes inscrites environ six semaines avant la date de renouvellement de la carte.

Le MSSLDO est le seul payeur pour les services de santé assurés. Un résident de l'Ontario admissible ne peut s'inscrire ou obtenir des prestations auprès d'un autre régime d'assurance pour des services assurés par le régime d'assurance-santé de l'Ontario.

Environ 12 000 000 résidents de l'Ontario étaient inscrits au régime d'assurance-santé de l'Ontario et en possession d'une carte valide et active au 3 décembre 2002.

3.3 Autres catégories de personnes

Le MSSLDO offre une couverture à plusieurs catégories de personnes autres que des citoyens canadiens et des immigrants reçus. En général, ces personnes doivent fournir une preuve de citoyenneté ou de statut d'immigrant, une preuve de résidence et une preuve d'identité, de la même manière que les résidents permanents qui adressent une demande au régime d'assurance-santé de l'Ontario. On peut toutefois également exiger de ces demandeurs qu'ils fournissent de la documentation spécifique pour confirmer leur droit à la couverture du régime d'assurance-santé de l'Ontario ou, encore, ils peuvent être exemptés de certaines exigences. Les clients présentant une demande de couverture pour une de ces catégories doivent communiquer avec le bureau local du régime d'assurance-santé de l'Ontario pour obtenir de plus amples renseignements. On trouvera ci-après une vue d'ensemble des conditions d'admissibilité de ces demandeurs appartenant à d'autres catégories.

Les catégories de personnes suivantes qui sont habituellement résidentes de l'Ontario sont admissibles conformément au Règlement 552 et à la politique en vigueur du Ministère :

Demandeurs du statut d'immigrant reçu et les requérants sollicitant la résidence permanente – Les demandeurs du statut d'immigrant reçu et les requérants sollicitant la résidence permanente sont des personnes dont le dossier est en voie de traitement par Citoyenneté et Immigration Canada et qui, de façon générale, répondent aux exigences médicales de ce ministère. Un immigrant « reçu » est résident permanent du Canada.

Réfugiés au sens de la Convention – La Commission de l'immigration et du statut de réfugié désigne une personne réfugiée au sens de la Convention lorsqu'on constate que cette personne craint la persécution dans son pays d'origine en raison de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un groupe social ou de son opinion politique.

Détenteurs de permis ministériels et détenteurs de permis de résidence temporaire – Les permis ministériels et les permis de résidence temporaire sont des documents qui indiquent que des personnes qui ne satisfont pas aux exigences d'immigration pour demeurer en permanence au Canada. Les détenteurs de permis ministériels ou les détenteurs de permis de résidence temporaire correspondant aux types de cas 86, 87, 88, 89 ou 80 (adoption seulement) qui sont ordinairement résidents de l'Ontario sont admissibles à la couverture du régime d'assurance-santé de l'Ontario pour la durée de validité de leur document d'immigration. Les détenteurs de permis ministériels et les détenteurs de permis de résidence temporaire correspondant au type de cas 90 ne sont pas admissibles à la couverture.

Travailleurs étrangers, ecclésiastiques étrangers et membres de leurs familles – Un ecclésiastique étranger admissible est une personne qui est parrainée par une organisation ou confession religieuse qui a conclu une entente pour servir à plein temps une congrégation religieuse en Ontario pendant au moins six mois consécutifs.

Un travailleur étranger est une personne qui a conclu un contrat ou une entente d'emploi avec un employeur canadien situé en Ontario et qui a reçu de Citoyenneté et Immigration Canada une autorisation d'emploi ou un permis de travail qui fait nommément mention de l'employeur canadien, indique la profession proposée de la personne, et dont la durée est d'au moins six mois.

Les membres de famille admissibles sont le conjoint, les partenaires de même sexe et les enfants à charge (âgés de moins de 19 ans) d'un ecclésiastique étranger ou d'un travailleur étranger admissible qui occupe un emploi pendant au moins trois années consécutives et qui réside habituellement en Ontario.

Aides familiaux résidants – Les aides familiaux résidants sont des personnes qui ont reçu une autorisation d'emploi ou un permis de travail en vertu du Programme concernant les aides familiaux résidants (PAFR) ou le Programme concernant les employés de maison étrangers (PEME) administrés par le ministère fédéral de la Citoyenneté et de l'Immigration. Un aide familial résidant est une personne qui possède une autorisation d'emploi ou un permis de travail émis par le ministère de la Citoyenneté et de l'Immigration du Canada sur lesquels est inscrit PAFR ou PEME et qui est résident habituel de l'Ontario. L'autorisation d'emploi ou le permis de travail pour les travailleurs du PAFR ou du PEME n'a pas à inscrire les trois conditions d'emploi particulières requises pour tous les autres travailleurs étrangers, toutefois, la période d'attente de trois mois s'applique aux aides familiaux résidents.

La catégorie suivante de travailleurs qui sont habituellement résidents de l'Ontario sont admissibles conformément au Règlement 552 et à la politique en vigueur du ministère :

Travailleurs agricoles migrants – Les travailleurs agricoles migrants sont des personnes qui détiennent une autorisation d'emploi ou un permis de travail en vertu du Programme des travailleurs saisonniers agricoles des Antilles, du Commonwealth et du Mexique administré par Citoyenneté et Immigration Canada. En raison de la nature particulière de leur emploi, les travailleurs agricoles migrants ne sont pas tenus de présenter les documents de résidence généralement exigés pour établir l'admissibilité à la couverture du régime d'assurance-santé de l'Ontario. Les membres de ce groupe sont également dispensés de la période d'attente de trois mois.

4.0 Transférabilité

4.1 Délai minimal de résidence

Conformément l'alinéa 3(3) du Règlement 552 de la *Loi sur l'assurance-santé* et à la politique du ministère, les personnes qui déménagent en Ontario sont admissibles à la couverture du régime d'assurance-santé de l'Ontario au bout d'une période de trois mois suivant l'établissement de leur résidence en Ontario à

moins d'être inscrites comme une exception au paragraphe 3(4) du Règlement 552.

4.2 Couverture durant des absences temporaires (au Canada)

Les services fournis à l'extérieur de la province sont couverts en vertu des articles 28, 30(1) et 32 du Règlement 552 de la *Loi sur l'assurance-santé*.

L'Ontario respecte les conditions de l'Accord sur l'admissibilité et la transférabilité de l'assurance-hospitalisation et l'assurance médicale conclu entre les provinces. Conformément à cet accord, les résidents assurés qui séjournent temporairement à l'extérieur de l'Ontario peuvent utiliser leur carte santé de l'Ontario pour obtenir des services de santé assurés.

Les résidents assurés qui quittent temporairement l'Ontario pour voyager au Canada sans établir leur résidence dans une autre province ou un autre territoire continueront à être couverts pour une période pouvant aller jusqu'à douze mois.

Une personne assurée par le régime d'assurance-santé de l'Ontario qui cherche ou accepte un emploi dans une autre province ou un autre territoire conserve sa couverture au régime durant une période maximale de douze mois. Si la personne prévoit rester à l'extérieur de l'Ontario durant plus de douze mois, elle doit demander une couverture dans la province ou le territoire où elle cherche ou occupe un emploi.

Les étudiants assurés qui sont temporairement absents de l'Ontario, mais qui demeurent au Canada, sont admissibles à une couverture continue pendant la durée de leurs études à la condition qu'ils n'établissent pas leur résidence permanente ailleurs durant cette période. Afin de s'assurer qu'ils conservent leur admissibilité au régime d'assurance-santé de l'Ontario, les étudiants doivent fournir au MSSLDO une lettre de leur établissement d'enseignement confirmant qu'ils sont inscrits à temps plein. Les membres de la famille des étudiants qui poursuivent leur formation dans une autre province ou un autre territoire sont également admissibles à une couverture continue du régime d'assurance-santé de l'Ontario lorsqu'ils accompagnent un étudiant pour la durée de ses études.

L'Ontario participe aux ententes de réciprocité conclues entre toutes les provinces et les territoires pour l'assurance des services aux malades hospitalisés et aux malades externes. Pour les malades hospitalisés, le paiement est effectué selon le tarif prévu par le régime de la province ou du territoire où l'hospitalisation a lieu. Pour les malades externes, l'Ontario paie les frais standards autorisés par le Comité de coordination de la facturation réciproque.

En outre, l'article 28 du Règlement 552 de la *Loi sur l'assurance-santé* établit le paiement des services hospitaliers assurés qui sont fournis en dehors de l'Ontario mais au Canada et qui ne sont pas facturés en vertu d'ententes de réciprocité.

L'Ontario participe également aux ententes de facturation réciproque avec toutes les autres provinces et territoires, à l'exception du Québec (qui n'a pas signé d'entente de facturation réciproque avec une autre province ou un autre territoire), pour les services médicaux assurés.

Les résidents de l'Ontario qui peuvent être tenus de payer les services médicaux reçus au Québec peuvent présenter leurs reçus au ministère de la Santé et des Soins de longue durée pour obtenir un remboursement.

4.3 Couverture durant des absences temporaires (à l'étranger)

La protection pendant des séjours temporaires à l'étranger est régie par les articles 28.1 à 29 (inclusivement) et l'article 31 du Règlement 552 de la *Loi sur l'assurance-santé*.

Conformément aux alinéas 1.1(3), 1.1(4), 1.1(5) et 1.1(6) du Règlement 552 de la *Loi sur l'assurance-santé*, le MSSLDO peut fournir aux résidents de l'Ontario assurés une admissibilité continue au régime d'assurance-santé de l'Ontario pour des absences excédant 212 jours par période de douze mois. Dans la plupart des cas, les demandeurs doivent fournir au MSSLDO un document expliquant les raisons de leur absence de l'Ontario pour avoir droit à une absence approuvée. Conformément à la politique du ministère, la plupart des demandeurs doivent également avoir été présents au moins 153 jours durant chacune des deux périodes consécutives de douze mois précédant la date de départ prévue pour voir leur absence prolongée approuvée.

Les absences approuvées sont de durée variable selon la raison de l'absence. Veuillez consulter le tableau ci-dessous pour obtenir de plus amples renseignements.

Raison	Couverture du régime d'assurance-santé de l'Ontario
Études	Durée d'un programme d'études à temps plein (illimité)
Travail	Conditions de cinq ans
Travail missionnaire	Durée des activités missionnaires (illimité)
Vacances/ Autres	Jusqu'à deux ans au cours d'une vie

Les membres de la famille peuvent également avoir droit à l'admissibilité continue au régime d'assurance-santé de l'Ontario lorsqu'ils accompagnent le demandeur principal au cours d'une absence approuvée. Ils doivent communiquer avec leur bureau local du régime d'assurance-santé de l'Ontario pour obtenir des détails.

Les services fournis à l'étranger sont couverts en vertu des articles 28.1 à 28.6 inclusivement et les articles 29 et 31 du Règlement 552 de la *Loi sur l'assurance-santé*.

Depuis le 1^{er} septembre 1995, les frais des services hospitaliers d'urgence fournis à l'étranger sont remboursés selon le tarif journalier suivant (fixé par l'Ontario) :

- ❑ 400 \$ canadiens au maximum pour les services aux malades hospitalisés;
- ❑ 50 \$ canadiens au maximum pour les services aux malades externes (sauf dans le cas de la dialyse);
- ❑ 210 \$ canadiens au maximum par traitement de dialyse.

Les services médicalement nécessaires rendus à l'étranger par des médecins et d'autres professionnels admissibles (chiropraticiens, dentistes, optométristes, podiatres et ostéopathes) sont remboursés selon les tarifs énumérés au barème des prestations (Règlement 552) du MSSLDO ou, encore, selon le montant facturé si ce dernier est inférieur. Les frais de services d'urgence médicalement nécessaires à l'étranger pour les malades

hospitalisés et les malades externes sont remboursés seulement lorsqu'ils ont été rendus dans un hôpital ou un établissement de santé agréé ou approuvé. Lorsque des services de laboratoire médicalement nécessaires rendus à l'étranger sont effectués par un médecin dans une situation d'urgence, ils sont remboursés conformément à la formule édictée à l'alinéa 29(1)b) du Règlement ou au montant facturé, soit le montant le moins élevé des deux; s'ils sont rendus par un laboratoire dans une situation d'urgence, ils sont remboursés conformément à la formule édictée dans l'article 31 du Règlement.

En 2002-2003, le total des paiements pour les services hospitaliers et médicaux assurés fournis à l'étranger à des malades hospitalisés et des malades externes était de 37,4 millions de dollars pour des services d'urgence.

4.4 Nécessité d'une approbation préalable

Selon les dispositions de l'article 28.4 du Règlement 552 de la *Loi sur l'assurance-santé*, il est nécessaire d'obtenir une approbation préalable pour le paiement de services non urgents à l'étranger. Le patient peut être autorisé à recevoir des services de santé à l'étranger, lesquels seront financés en totalité, lorsqu'un traitement médicalement accepté n'est pas disponible en Ontario ou qu'il fait face à un délai avant le début du traitement qui pourrait causer des dommages tissulaires irréversibles ou représenter un danger pour sa vie.

En vertu de l'article 28.5 du Règlement 552, les épreuves de laboratoire effectués à l'étranger sont remboursées, après avoir été préalablement approuvées par le MSSLDO, et ce, si les conditions suivantes sont respectées :

- ❑ ce genre de service ou de test n'est pas disponible en Ontario;
- ❑ le service ou le test est habituellement accepté en Ontario pour une personne se trouvant dans la même situation que la personne assurée;
- ❑ le service ou le test n'est pas effectué à titre expérimental;
- ❑ le service ou le test n'est pas effectué à des fins de recherche.

En 2002-2003, le montant total déboursé pour le paiement des traitements approuvés à l'extérieur du Canada s'élevait à 33,4 millions de dollars.

Il n'y a pas de processus d'approbation préalable officiel à l'égard des services fournis aux résidents de l'Ontario à l'extérieur de cette province, mais ailleurs au Canada. L'accord interprovincial sur l'admissibilité et la transférabilité comprend un barème pour les services dont les coûts sont élevés. Dans de rares circonstances, lorsque ce barème ne couvre pas les coûts des services dans une autre province, on peut demander à l'Ontario de garantir le paiement avant de fournir le service.

5.0 Accessibilité

5.1 Accès aux services de santé assurés

Tous les services hospitaliers et médicaux et les services de chirurgie dentaire assurés sont disponibles pour les résidents de l'Ontario selon des termes et conditions uniformes. Toutes les personnes assurées ont droit à tous les services hospitaliers et médicaux assurés, comme ils sont définis dans la *Loi sur l'assurance-santé*. Les hôpitaux publics de l'Ontario n'ont pas le droit de refuser de fournir des services dans des situations où la vie de la personne est en danger sous prétexte que celle-ci n'est pas assurée. En vertu de la Loi sur l'accessibilité aux services de santé, il est possible de prévenir la surfacturation du fait qu'il est interdit aux médecins inclus et exclus de facturer un montant supérieur à celui indiqué au barème de prestations de services médicaux. En vertu de cette même loi, il est interdit aux hôpitaux de facturer les résidents assurés pour des services assurés.

Le MSSLDO a mis en oeuvre un système de validation des numéros de carte santé et de soins afin d'aider les dispensateurs de soins de santé et les patients à avoir accès aux services de santé et de favoriser le paiement des réclamations. Les dispensateurs de soins peuvent demander des privilèges de validation afin de vérifier l'admissibilité de leur patient et la situation du numéro de santé et du code (situation de la carte). Si des patients doivent avoir accès à des services de santé et qu'ils

n'ont pas de carte santé en leur possession, le dispensateur de soins peut obtenir les renseignements nécessaires en présentant au MSSLDO un formulaire de divulgation de numéro d'assurance-santé signé par le patient. Un processus accéléré pour obtenir les numéros d'assurance-santé des patients qui sont dans l'incapacité de fournir un numéro et qui nécessitent un traitement d'urgence est offert dans les établissements de salle d'urgence par l'entremise d'un service de consultation des numéros de carte santé.

5.2 Accès aux services hospitaliers assurés

En 2002-2003, 154 hôpitaux publics dotés en personnel étaient en activité dans la province, incluant les unités pour malades chroniques, les unités de soins généraux et les unités de réadaptation spéciale. Le nombre de jours d'hospitalisation dans les hôpitaux publics s'établissait comme suit pour l'exercice 2002-2003 : 7 497 394 jours pour les soins actifs, 2 218 358 pour les soins aux malades chroniques et 749 159 pour les soins de réadaptation.

Les services prioritaires sont désignés comme étant des services hospitaliers fortement spécialisés qui permettent d'intervenir en cas d'affections menaçant la vie. Ces services sont souvent très coûteux et ils prennent rapidement un essor, ce qui rend l'accès préoccupant. De façon générale, ces programmes sont gérés à l'échelle provinciale et sont conçus pour assurer un accès équitable.

Voici quelques exemples de services prioritaires :

- les greffes de moelle osseuse;
- certains services cardiovasculaires;
- certains services pour le traitement du cancer;
- les maladies rénales en phase terminale;
- certaines transplantations d'organes.

De plus, le ministère appuie un certain nombre de grandes initiatives provinciales, notamment :

- la Stratégie ontarienne de prévention des accidents cérébrovasculaires;
- le Plan d'action sur le don et la transplantation d'organes et de tissus;
- le Service de traitement par la Visudyne;

- ❑ le Registre de remplacement des articulations de l'Ontario;
- ❑ la télémédecine;
- ❑ le Plan provincial de lutte contre le cancer et le Ontario Cancer Quality Council;
- ❑ l'oncologie pédiatrique.

5.3 Accès aux services médicaux et de chirurgie dentaire assurés

Le Programme des services aux régions insuffisamment desservies est l'un des nombreux soutiens offerts par le MSSLDO pour aider les collectivités de l'Ontario à recruter et à maintenir en poste des professionnels des soins de santé. Il offre des outils de recrutement et de maintien en poste (incitatifs financiers) aux collectivités mal desservies. Pour avoir accès aux incitatifs de recrutement et de maintien en poste, une collectivité doit être désignée mal desservie.

Par le truchement du Programme des services aux régions insuffisamment desservies, un certain nombre de programmes viennent améliorer l'accès aux services de soins de santé pour les résidents des régions nordiques et rurales éloignées de l'Ontario ;

- ❑ les contrats parrainés par la communauté offrent des mécanismes de financement de rechange pour verser à un groupe de médecins un montant global pour des services de soins de première ligne (pas de rémunération à l'acte);
- ❑ le Programme de subventions d'encouragement pour les médecins offre une aide financière à des médecins généralistes et spécialistes oeuvrant dans une région insuffisamment desservie;
- ❑ le Programme d'enseignement gratuit offre jusqu'à 40 000 \$ en remboursement des frais de scolarité aux étudiants à leurs dernière année d'étude en médecine, aux résidents et aux médecins nouvellement diplômés admissibles moyennant un engagement de retour de service à temps plein pendant une période de trois ou de quatre ans dans une collectivité mal desservie;
- ❑ l'initiative de maintien en poste des médecins dans le Nord offre un incitatif de maintien en poste et un accès au

financement de l'éducation permanente aux médecins de famille et aux spécialistes admissibles qui pratiquent dans le Nord de l'Ontario depuis au moins quatre ans;

- ❑ le Programme de subventions aux résidents du Nord pour frais de transport à des fins médicales aide financièrement les patients qui doivent se déplacer sur de longues distances pour recevoir des services hospitaliers et des services médicaux spécialisés assurés et non urgents qui ne sont pas disponibles dans la localité, et favorise aussi le recours aux services spécialisés situés dans le Nord de l'Ontario, ce qui encourage un plus grand nombre de spécialistes à exercer leur profession dans le Nord et à y demeurer.

À l'heure actuelle, 132 collectivités de l'Ontario sont désignées comme insuffisamment desservies par des omnipraticiens et des médecins de famille, et 15 collectivités sont désignées comme insuffisamment desservies par des spécialistes.

En vertu du Programme de services médicaux d'extension, des cliniques de soins primaires peuvent être organisées régulièrement pour les collectivités éloignées qui ont un poste de soins infirmiers financé par l'entremise du Programme des services aux régions insuffisamment desservies et un soutien téléphonique peut être offert à l'infirmière ou à l'infirmière praticienne qui travaille au poste de soins infirmiers.

Au cours de 2002-2003, l'Ontario a continué d'être au premier plan en ce qui concerne le renouvellement des soins de santé primaires. L'Ontario compte un certain nombre de modèles innovateurs de prestation de soins de santé primaire. Au cours de l'année, la province a commencé à aligner ses modèles de soins de santé primaires nouveaux et existants afin d'assurer qu'ils offrent tous les mêmes éléments clés, y compris des soins complets et préventifs; un accès 24 heures sur 24, 7 jours par semaine par le truchement de services consultatifs téléphoniques; et une couverture accrue après les heures normales.

5.4 Rémunération des médecins

Les médecins sont rémunérés pour les services qu'ils assurent selon un certain nombre de mécanismes. La plupart des médecins sont rétribués selon la formule de la rémunération à

l'a *Loi sur l'assurance-santé*. D'autres médecins sont rémunérés en vertu du Programme des autres modes de paiements, comme la capitation, un budget global et des accords basés sur le volume. En partenariat avec l'Association médicale de l'Ontario, le MSSLDO est en train de mettre en oeuvre de nouveaux mécanismes de rémunération par le truchement d'initiatives sur la réforme des soins de santé primaires, comme les réseaux de la santé familiale et les groupes de santé familiale.

Le MSSLDO négocie les taux de rémunération et autres changements au barème des honoraires de concert avec l'Association médicale de l'Ontario. L'entente actuelle sur les services médicaux de quatre ans conclue avec l'Association médicale canadienne prend fin le 31 mars 2004. L'Entente prévoit une augmentation annuelle de 1,95 p. 100 au 1^{er} avril 2000, et une augmentation de 2 p. 100 pour chacune des trois années suivantes. L'Entente a aussi introduite de nouveaux honoraires visant à réduire les pressions s'exerçant sur les salles d'urgence, à prévoir un accès amélioré aux spécialistes, à faciliter l'élargissement des services de santé à domicile et à offrir de meilleurs soins à une population vieillissante. De plus, l'Entente comprend des dispositions pour les prestations de maternité pour les médecins de sexe féminin.

L'Entente sur les services médicaux intervenue entre le MSSLDO et l'Association médicale de l'Ontario engageait les parties à se rencontrer en mars 2003 concernant les engagements visant la quatrième année de l'Entente. Un protocole d'entente a été signé en avril 2003 et comporte un investissement additionnel au-delà du financement déjà engagé.

Pour ce qui est des services de chirurgie dentaire assurés, le MSSLDO négocie les changements au barème des honoraires avec l'Association médicale de l'Ontario. En 2002-2003, le MSSLDO et l'Association médicale du Canada ont convenu d'un accord de financement pluriannuel pour les services dentaires, lequel est entré en vigueur le 1^{er} avril 2003.

5.5 Paiements aux hôpitaux

Les hôpitaux soumettent des résumés de la planification des services hospitaliers annuellement, le résultat d'une large

consultation au sein de l'établissement (p. ex. tous les échelons de personnel, les syndicats, les médecins et le conseil), de la collectivité et de la région. Le plan de fonctionnement est d'abord et avant tout un document de planification, mais il comporte une composante budgétaire importante qui est à la fois financière et statistique. Le conseil régional de santé (CRS) et le personnel du MSSLDO examinent ensuite le plan de fonctionnement. L'examen du MSSLDO est effectué par le personnel régional, le personnel des programmes spécialisés et la haute direction. Cet examen suit des lignes directrices normalisées et peut faire intervenir des discussions et une clarification approfondies avec l'établissement.

Les paiements versés aux hôpitaux par le régime d'assurance-santé pour les services assurés sont régis par la *Loi sur l'assurance-santé* et sont calculés selon un budget annuel. Le système budgétaire de l'Ontario est un système de remboursement prospectif qui reflète les effets de l'augmentation de la charge de travail, des coûts associés aux programmes prioritaires de la province et des augmentations des coûts associées à la croissance supérieure à la moyenne du volume de services dans des lieux géographiques spécifiques. Les paiements sont versés aux hôpitaux deux fois par mois.

Le MSSLDO examine régulièrement les règlements et les tarifs relatifs à la quote-part des malades chroniques, en prenant en considération les changements apportés chaque année à l'indice des prix à la consommation, à la Sécurité de la vieillesse, au Supplément de revenu garanti et au Supplément annuel de revenu garanti, et détermine si des modifications doivent être apportées aux règlements et aux tarifs.

Le MSSLDO commence à mesurer les coûts-efficacité relatifs et à récompenser les hôpitaux par l'intermédiaire du modèle d'allocation intégrée selon la population (Integrated Population-Based Allocation - IPBA - model). Des paiements sont versés aux hôpitaux qui dépendent moins que prévu en prenant en considération les caractéristiques particulières de l'hôpital.

De plus, des méthodes spécialisées sont utilisées pour le financement par reconduction d'initiatives liées à des politiques et programmes spécifiques (c.-à-d.,

perfectionnement des infirmières, séjour garanti de 60 heures après l'accouchement).

Le financement des soins aux patients dans les hôpitaux était de plus de 10 milliards de dollars en 2002-2003.

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 et de programmes sociaux dans ses publications de 2002-2003.

7.0 Services complémentaires de santé

7.1 Soins intermédiaires en maison de repos et soins en établissement pour adultes

Le MSSLDO subventionne 563 établissements de soins de longue durée et plus de 68 000 lits. Le MSSLDO exploite aussi le programme de surveillance de la conformité pour les établissements de soins de longue durée, ce qui comprend la santé et le bien-être ainsi que les services de sûreté, de sécurité, d'environnement et de diététique afin d'assurer le respect des lois, des règlements et des normes. Le MSSLDO reçoit les plans des correctifs à apporter et en surveille la mise en oeuvre afin d'assurer, le cas échéant, la conformité.

7.2 Services de soins à domicile

Les services de soins à domicile et en milieu communautaire offrent une gamme de services qui appuient l'autonomie communautaire. Ces services sont assurés par les Centres d'accès aux soins communautaires (CASC), les organismes de services de soutien communautaire (SSC), et les Centres de traitement des enfants (CTE).

Les CASC offrent aux résidents admissibles de tous les âges de l'Ontario un accès simplifié aux services de soins de santé et de soutien communautaires. Ils évaluent les besoins en soins des personnes et organisent la prestation de services professionnels et de services de soutien personnel à la maison ou à l'école. Les CASC fournissent aussi de l'information aux personnes et les aiguillent vers d'autres services communautaires et assurent leur admission à des soins en établissement, si nécessaire.

Les agences de Services de soutien communautaire (SSC) fournissent des services de soutien, y compris les services d'assistance aux familles, les soins auxiliaires, les programmes de jour pour adultes, le soutien aux dispensateurs de soins, les services de repas, l'entretien ménager et le transport accompagné. Ces services viennent compléter les services à domicile et d'autres services de santé, ainsi que l'aide assurée par la famille et les amis.

Les CTE fournissent des services de thérapie externes en réadaptation et d'habilitation aux enfants. Tous les CTE offrent des services d'ergothérapie, de physiothérapie et d'orthophonie. Une vaste gamme d'autres services peuvent aussi être assurés, compte tenu des besoins de la collectivité et de la disponibilité des autres services dans la localité. Les enfants trop malades pour quitter leur domicile sont desservis par les services à domicile assurés par les CASC.

8.0 Documents supplémentaires présentés à Santé Canada

Plan d'activités

- ❑ Plan d'activités du ministère de la Santé et des Soins de longue durée :
<http://www.gov.on.ca/health/french/pubf/ministryf/bplan01f/bplan01f.html>

Rapports sur le rendement

- ❑ Rapport sur le rendement 2002-2003 du ministère de la Santé et des Soins de longue durée
http://www.gov.on.ca/MOH/french/pub/ministryf/pircf/pirc_mnf.html
- ❑ Rapport de 2002 sur les soins actifs, services des urgences et soins continus complexes
http://www.gov.on.ca/health/frenach/contactf/hospf/hosprep_mnf.html

Rapports financiers et rapports de vérification

- ❑ Budget 2002-2003
www.gov.on.ca/FIN/french/budfre.htm#Budget
- ❑ Comptes publics 2001-2002
www.gov.on.ca/FIN/french/budfre.htm#public
- ❑ Rapport annuel 2003 du Bureau du vérificateur général de l'Ontario
http://www.auditor.on.ca/french/fr_main_frame.htm

Lois

- ❑ Loi et Règlements sur l'assurance-santé;
- ❑ Loi et Règlements sur les hôpitaux publics
- ❑ Loi et Règlements sur les établissements de santé autonomes
- ❑ Loi et Règlements sur l'accessibilité aux services de santé
- ❑ Loi et Règlements sur le contrôle des cartes numéros de cartes Santé
- ❑ Loi et Règlements sur les soins de longue durée

Veillez noter que les lois et règlements de l'Ontario sont affichés sur le site

<http://www.e-laws.gov.on.ca>

Manitoba

Introduction

La mission de Santé Manitoba est de fournir le leadership et le soutien nécessaires à la protection, à la préservation et à la promotion de la santé de tous les Manitobains. En 2002-2003, Santé Manitoba a mis en oeuvre un plan de restructuration administrative pour passer du rôle de dispensateur de services à celui de leadership dans l'élaboration de politiques, de programmes et de normes et la responsabilisation et l'évaluation fiscales et opérationnelles. La nouvelle structure organisationnelle reflète cinq secteurs fonctionnels distincts mais interdépendants : les finances; les affaires régionales; les programmes de santé provinciaux; la responsabilisation, les politiques et la planification en matière de santé; et les effectifs médicaux. Les mandats de ces secteurs fonctionnels découlent des lois et des politiques établies concernant les questions de santé et de mieux-être.

Les services de santé sont assurés par le truchement de 10 offices régionaux de la santé (ORS), hôpitaux et autres établissements de soins de santé.

Santé Manitoba demeure résolu à poursuivre la mise en oeuvre permanente du plan de cinq points visant à mettre fin à la médecine de couloir (ouverture de nouveaux lits, amélioration des méthodes d'admission et de congé, élargissement des services communautaires, renforcement des programmes de prévention comme l'immunisation contre la grippe et l'augmentation des programmes de soins à domicile et de soins de jour pour adultes).

La réforme des soins de santé primaires a constitué l'un des principaux secteurs d'activité du ministère de la Santé. Un cadre stratégique, qui établit des définitions communes et des buts et des objectifs clés pour guider la réforme dans ce secteur, a été approuvé. Un certain nombre de stratégies provinciales ont été amorcées (p. ex., élargissement du centre d'appel des services de santé, amélioration de la formation en services médicaux d'urgence, élaboration des outils technologiques nécessaires pour permettre le partage de l'information et pour

éliminer les obstacles techniques entre les systèmes d'information existants disparates, élaboration d'un modèle officiel et durable pour la formation sur la pratique concertée au Manitoba, et établissement et mise en oeuvre d'une initiative globale d'éducation et de sensibilisation du public concernant la réforme des soins de santé primaires. De plus, une demande officielle de propositions a été lancée avec les ORS et leurs partenaires. Dix-sept propositions traitant des thèmes suivants :

- ❑ l'avancement du dossier de l'accès aux soins de santé primaires;
- ❑ le renforcement des capacités communautaires;
- ❑ le renforcement organisationnel des ORS;
- ❑ la création de systèmes intégrés de prestation des services;
- ❑ les dépenses en équipement pour les soins de santé primaires;

ont été approuvées et sont en voie de réalisation.

Le Renouveau des soins de santé mentale a surtout porté sur l'amélioration de l'intégration des services de santé mentale au sein du système de soins de santé primaires, ainsi que sur l'amélioration de la participation des consommateurs et de la famille à la conception et à la prestation des services de santé mentale.

Le Programme d'assurance-médicaments du Manitoba a été amélioré grâce à l'ajout de nouveaux médicaments au formulaire, à la simplification de l'administration et à l'interaction avec les autres provinces concernant les approches communes, notamment le mécanisme d'examen commun des médicaments.

La sécurité des patients et la qualité des soins de santé continuent d'être des priorités absolues pour Santé Manitoba. Une stratégie intégrée de sécurité des patients reposant sur les priorités cernées par le Comité directeur national et les recommandations de l'Enquête Sinclair¹ et du Rapport Thomas² est en voie de réalisation.

Dans l'ensemble, Santé Manitoba édifie une culture de responsabilisation pour le travail du ministère de la Santé et celui des divers intervenants du système de soins de santé.

Le rôle de Santé Manitoba

Santé Manitoba est un ministère hiérarchique dans la structure organisationnelle et il est exploité en vertu des dispositions des lois et des responsabilités confiées au ministre de la Santé. Les mandats officiels contenus dans la législation, assortis aux mandats résultant des réponses aux questions de santé et de soins de santé nouvelles, forment le cadre pour la planification et la prestation des services.

Santé Manitoba a pour mandat d'assurer le leadership et le soutien nécessaires pour protéger, conserver et promouvoir la santé de tous les Manitobains. Cette mission est réalisée par le truchement d'une structure d'enveloppes globales comprenant l'obligation de rendre compte des programmes, des politiques et des finances, de l'établissement de politiques gouvernementales judicieuses et de la prestation de services de santé et de soins de santé pertinents et efficaces. Les services sont assurés par l'entremise des systèmes de prestation régionaux, des hôpitaux et d'autres établissements de soins de santé. Le Ministère verse également, au nom des Manitobains, des paiements au titre des services de santé

1. L'Enquête Sinclair (Enquête sur le service de cardiologie infantile) a reçu le mandat d'effectuer une enquête sur le décès de 12 jeunes enfants en soins cardiaques à Winnipeg. Le juge en chef adjoint Murray Sinclair a dirigé l'enquête et a rédigé les recommandations figurant dans le Rapport de la Commission d'enquête sur le service de cardiologie infantile.
2. Le professeur Paul Thomas de l'Université du Manitoba a dirigé le Comité consultatif de mise en œuvre qui a été nommé en vue de répondre aux recommandations de l'Enquête Sinclair.

assurés reliés aux coûts des soins médicaux, des soins hospitaliers, des soins personnels, de l'assurance-médicaments et d'autres services de santé.

La vision de Santé Manitoba est de jouer un rôle de chef de file dans le système de soins de santé de qualité, lequel repose sur la créativité, la compassion, la confiance et le respect; d'habiliter les Manitobains grâce aux connaissances, aux choix et à l'accès aux meilleures ressources sanitaires possibles; et de former des partenariats et des alliances pour la santé et la promotion de collectivités offrant un soutien.

Santé Manitoba a également le rôle de favoriser l'innovation dans le système de soins de santé. Pour ce faire, le Ministère prévoit l'établissement de mécanismes pour évaluer et surveiller la qualité, l'utilisation et la rentabilité des soins; il favorise les comportements et les milieux qui permettent de promouvoir la santé et il veille à la promotion de la réceptivité et de la souplesse des systèmes de prestation, ainsi qu'à la prestation de services de rechange moins coûteux.

1.0 Gestion publique

1.1 Régime d'assurance-santé et autorité publique

Le régime d'assurance-maladie du Manitoba est géré par le ministère de la Santé en vertu de la *Loi sur l'assurance-maladie*, R.S.M. 1987, ch. H35. En 1992, des modifications importantes ont été apportées à la *Loi*³ : la Commission des services de santé du Manitoba a été dissoute et tous ses biens et responsabilités ont été transférés à Santé Manitoba. Cette dissolution est entrée en vigueur le 31 mars 1993.

Le régime d'assurance-maladie du Manitoba est géré conformément à la *Loi sur l'assurance-maladie* pour tous les aspects touchant l'assurance relative aux coûts des services hospitaliers, personnels et médicaux et des autres services de santé auxquels il est fait allusion dans les lois des autorités législatives

3. Lorsqu'on mentionne « la Loi » dans le texte, il s'agit de la *Loi sur l'assurance-maladie*.

ou les règlements pris en application de celles-ci. La *Loi* a été modifiée le 1^{er} janvier 1999 afin de prévoir la couverture des services pour malades externes assurés relativement aux services médicaux assurés offerts dans les installations chirurgicales.

Le ministre de la Santé est chargé de la gestion et du fonctionnement du régime. En vertu du paragraphe 3(2) de la *Loi*, le Ministre peut :

- « a) fournir aux résidents de la province une assurance relative aux coûts des services hospitaliers, des soins médicaux, des soins personnels et d'autres services de santé;
- b) planifier, organiser et mettre sur pied à travers la province un réseau équilibré et intégré d'hôpitaux, de foyers de soins personnels ainsi que d'établissements et de services liés au domaine de la santé qui répondent aux besoins des résidents de la province;
- c) faire en sorte que des normes satisfaisantes soient maintenues dans les hôpitaux, dans les foyers de soins personnels ainsi que dans les établissements liés au domaine de la santé, y compris les normes relatives à la surveillance, à la délivrance de licences, à l'équipement et à l'inspection ou prendre les dispositions qu'il juge nécessaires pour assurer le maintien de normes satisfaisantes;
- d) sauf dans le cas des soins individuels aux malades, fournir un service de consultation aux hôpitaux et aux foyers de soins personnels de la province ou prendre les dispositions qu'il juge nécessaires afin d'assurer la prestation d'un tel service;
- e) exiger que les dossiers des hôpitaux, des foyers de soins personnels et des établissements liés au domaine de la santé soient vérifiés tous les ans et que les rapports que requiert le gouvernement du Canada à l'égard des hôpitaux soient présentés;
- f) dans les cas où les résidents n'ont pas accès à des soins médicaux ni à d'autres services de santé, prendre les mesures qu'il juge nécessaires pour planifier, organiser et mettre sur pied de tels services afin de répondre aux besoins des résidents. »

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

Aucune modification législative influant sur l'administration publique du régime n'a été apportée à la *Loi* ou au Règlement au cours de l'exercice 2002-2003.

1.2 Liens hiérarchiques

Aux termes de l'article 6 de la *Loi*, le Ministre doit préparer les états financiers vérifiés du régime 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 une copie du rapport annuel à l'Assemblée législative dans les 15 premiers jours de séance 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* 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 régime et prépare un rapport à l'intention du Ministre. Le plus récent rapport du genre auquel le public a pu accéder vise l'exercice 2002-2003 et fait partie du Rapport annuel 2002-2003 de Santé Manitoba.

2.0 Intégralité

2.1 Services hospitaliers assurés

Les articles 46 et 47 de la *Loi* de même que le Règlement sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des hôpitaux (R.M. 48/93) prévoient la prestation de services hospitaliers assurés.

Au 31 mars 2003, 97 établissements fournissaient des services hospitaliers assurés aux malades hospitalisés et aux malades externes au Manitoba. Les hôpitaux sont désignés par le Règlement sur la désignation des hôpitaux (R.M. 47/93) en vertu de la *Loi*.

Les services spécifiés par le Règlement comme étant des services hospitaliers assurés fournis aux malades hospitalisés et aux malades externes comprennent :

- l'hébergement et les repas en chambre ordinaire;
- 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 ordinaires;
- l'utilisation des salles d'opération, des salles d'observation et des installations d'anesthésie;
- l'utilisation des installations de radiothérapie, de physiothérapie, d'ergothérapie et d'orthophonie, là où elles existent.

Tous les services hospitaliers sont ajoutés à la liste des services hospitaliers disponibles par l'entremise du processus de planification de la santé.

La population du Manitoba a des attentes très élevées quant à la qualité des soins de santé et elle insiste pour que les connaissances médicales les plus poussées et les services les plus au point soient utilisés pour son état de santé personnel. Santé Manitoba se tient au courant des découvertes dans les domaines des sciences de la santé.

2.2 Services médicaux assurés

La loi d'autorisation qui prévoit la prestation de services médicaux assurés est le Règlement sur l'assurance relative aux soins médicaux (R.M. 49/93) pris en application de la *Loi*.

Les médecins qui offrent des services assurés au Manitoba doivent être légalement autorisés à exercer la médecine au Manitoba, autorisés et agréés en vertu de la *Loi médicale*. Au 31 mars 2003, 2 095 médecins étaient inscrits au registre de Santé Manitoba.

Un médecin peut, sur présentation d'un avis écrit au Ministre, choisir de percevoir des honoraires auprès d'une autre personne que le Ministre pour les services médicaux donnés à des personnes assurées, conformément à l'article 91 de la *Loi* et de l'article 5 du Règlement sur l'assurance relative aux soins médicaux. La décision de se retirer du régime d'assurance-santé entre en vigueur le premier jour du mois suivant une période de 90 jours commençant à la date où le Ministre reçoit l'avis.

Avant de fournir un service médical à une personne assurée, le médecin doit donner au patient un préavis raisonnable disant qu'il se propose de percevoir des honoraires pour le service médical qu'il lui fournira auprès de celui-ci ou de toute autre personne, à l'exception du Ministre. Il incombe au médecin de soumettre, au nom du patient, une demande au Ministre; le médecin ne peut percevoir des honoraires en sus des prestations à payer pour ce service, aux termes de la *Loi* et des règlements. À l'heure actuelle, aucun médecin du Manitoba n'a décidé de se retirer du régime médical.

Dans le Règlement sur les frais assurés engagés pour des services médicaux (R.M. 95/96), on trouve la liste des services médicaux assurés par Santé Manitoba. Cette garantie s'applique à tous les services de soins personnels fournis par un médecin à une personne assurée lorsqu'ils sont nécessaires du point de vue médical et non exclus en vertu du Règlement sur les services exclus (R.M. 46/93) pris en application de la *Loi*. Au cours de l'exercice 2002-2003, un certain nombre de nouveaux services assurés ont été ajoutés au barème d'honoraires révisé.

Afin qu'un service de médecin puisse être ajouté à la liste des services assurés par Santé

Manitoba, le médecin doit présenter une proposition à la section de l'Association médicale du Manitoba dont il relève. Les propositions sont acheminées au Manitoba College of Physicians and Surgeons qui vérifie que le service est scientifiquement valide et non en voie d'élaboration ou à l'étape expérimentale. L'Association médicale négocie alors le service en question, y compris les honoraires, avec Santé Manitoba. Le processus peut également être amorcé par Santé Manitoba.

2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

Dans le Règlement sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des hôpitaux (Règlement 48/93) pris en application de la *Loi sur l'assurance-maladie*, on trouve la liste des services de chirurgie dentaire assurés. Ces services chirurgicaux sont assurés lorsqu'ils sont donnés par un chirurgien diplômé en chirurgie buccale et maxillo-faciale ou un dentiste autorisé à exercer sa profession dans un hôpital, et qu'il est nécessaire d'hospitaliser le patient pour accomplir l'acte correctement. Ce règlement prévoit également des prestations relativement au coût des services d'orthodontie assurés dans les cas de bec-de-lièvre et de fissure du palais chez les personnes inscrites au programme avant leur dix-huitième anniversaire, et ce, lorsque les services sont assurés par un orthodontiste autorisé. Au 31 mars 2003, 576 dentistes étaient inscrits auprès de Santé Manitoba.

Les dispensateurs de services dentaires peuvent, à l'instar des médecins, décider de percevoir leurs honoraires directement auprès du patient et ils ne doivent pas percevoir auprès d'une personne assurée des frais pour ces services médicaux ou pour d'autres services de santé qui dépassent les prestations à payer aux termes de la *Loi* ou des règlements. Au 31 mars 2003, aucun dispensateur de services dentaires n'avait opté pour le retrait du régime d'assurance-maladie.

Afin qu'un service dentaire soit ajouté à la liste des services assurés, un dentiste doit soumettre une proposition à la Manitoba Dental Association (MDA). La MDA négociera 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) adopté dans le cadre de la *Loi* présente les services qui ne sont pas assurés. Ils comprennent :

- ❑ 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 législation;
- ❑ la fécondation in vitro;
- ❑ l'enlèvement de tatouages;
- ❑ l'ajustement de lentilles cornéennes;
- ❑ le rétablissement de la fécondité;
- ❑ la psychanalyse.

Le Règlement sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des hôpitaux stipule que les soins donnés à l'hôpital comprennent les fournitures médicales et chirurgicales courantes, permettant ainsi d'assurer un accès raisonnable à tous les résidents. Les offices régionaux de la santé et Santé Manitoba vérifient la conformité.

Tous les résidents du Manitoba 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. 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 et à Santé Manitoba de se tenir au courant des

préoccupations relatives à l'usage et aux services.

Afin de supprimer des services actuellement assurés par Santé Manitoba, le Ministère doit préparer une soumission et la soumettre à l'approbation du Cabinet. Selon le service en cause, il faudrait déterminer, au cas par cas, s'il est nécessaire de recourir à une consultation publique.

En 2002-2003, aucun service n'a été supprimé de la liste des services assurés par Santé Manitoba.

3.0 Universalité

3.1 Admissibilité au régime

La *Loi sur l'assurance-maladie* définit l'admissibilité des résidents du Manitoba au régime d'assurance-santé de la province. Le paragraphe 1 de l'article 2 de la *Loi* stipule qu'un « résident » est une personne qui est légalement autorisée à habiter au Canada, qui réside au Manitoba et qui y est personnellement présente au moins six mois par année civile. Cette définition comprend également toute autre personne qui, en vertu des règlements, est considérée comme un résident, mais elle exclut, sauf indication contraire du Ministre, les personnes titulaires d'un permis ministériel délivré en vertu de la *Loi sur l'immigration* (Canada) ou qui sont des visiteurs, des personnes de passage ou des touristes.

Le Règlement sur la résidence et l'inscription (R.M. 54/93) a pour effet d'élargir l'acception du terme « résidence ». On trouve ces définitions élargies aux articles 7(1) et 8(1). Le paragraphe 1 de l'article 7 a pour effet de permettre aux missionnaires, aux personnes qui s'absentent du pays pour un emploi ainsi qu'aux personnes qui prennent un congé sabbatique et celles qui s'absentent du Manitoba pour une période pouvant aller jusqu'à 24 mois de demeurer résidents du Manitoba. Les étudiants qui fréquentent à temps plein un établissement d'enseignement agréé sont réputés être résidents du Manitoba. Le paragraphe 1 de l'article 8 a pour effet d'élargir l'acception du terme « résidence » aux personnes légalement autorisées à travailler au Manitoba et qui ont le

droit de travailler pendant une période de 12 mois ou plus.

L'article 6 du Règlement sur la résidence et l'inscription définit la période d'attente de la façon suivante :

« Un résident qui, immédiatement avant son arrivée au Manitoba, était résident 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. »

Il n'existe actuellement aucune autre période d'attente au Manitoba.

Le régime d'assurance-santé du Manitoba exclut les résidents couverts 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 Gendarmerie royale du Canada*; ou par toute autre loi relevant d'un autre secteur de compétence. Au paragraphe 2(2) du Règlement sur les services exclus, on fait état des résidents inadmissibles. Sont exclus les résidents qui sont membres des Forces armées canadiennes, ceux qui sont membres de la Gendarmerie royale du Canada et ceux qui purgent une peine d'emprisonnement dans un pénitencier fédéral. Ces résidents deviennent admissibles à la couverture de Santé Manitoba une fois qu'ils cessent d'être membres des Forces canadiennes, d'être membres de la GRC ou d'être détenus dans un pénitencier sans avoir de personne à charge résidant dans la province. Selon le paragraphe 2(3) du Règlement sur la résidence et l'inscription, (R.M. 54/93), lorsque ces personnes changent de statut, elles disposent d'un mois pour s'inscrire auprès de Santé Manitoba.

3.2 Exigences relatives à l'inscription au régime

Pour les besoins de la délivrance des cartes d'assurance-santé, les personnes doivent aviser Santé Manitoba qu'elles sont légalement autorisées à être au Canada et qu'elles ont l'intention d'habiter au Manitoba pendant six mois. Elles doivent aussi fournir une adresse de résidence principale dans la province. À la réception de ces renseignements, Santé

Manitoba émet un certificat d'inscription à la personne ainsi qu'à toutes les personnes admissibles à sa charge.

Au Manitoba, deux numéros sont liés à la santé : le numéro d'inscription est un numéro à six chiffres attribué à une personne âgée de 18 ans ou plus qui n'est pas considérée comme une personne à charge. Santé Manitoba utilise ce numéro pour régler les demandes de remboursement des services hospitaliers et médicaux pour cette personne ainsi que pour toutes les personnes désignées qui sont à sa charge. Un numéro d'identification personnelle de santé (NIPS) de neuf chiffres est requis pour le programme des médicaments provincial.

En 2002-2003, le nombre de résidents inscrits auprès du régime d'assurance-santé était de 1 156 217.

Le régime de santé du Manitoba ne prévoit aucune possibilité de retrait pour les résidents.

3.3 Autres catégories de personnes assurées

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 Citoyenneté et Immigration Canada (CIC) pour au moins 12 mois consécutifs, être physiquement présents au Manitoba et être légalement autorisés à demeurer au Canada afin d'avoir droit à l'assurance couverture de Santé Manitoba.

En 2002-2003, 1 693 personnes titulaires d'un permis de travail étaient assurées par le régime d'assurance-santé du Manitoba.

Selon la définition du terme « résident » donnée dans la *Loi sur l'assurance-maladie*, le ministre de la Santé, ou son mandataire désigné, peut fournir l'assurance aux titulaires d'un permis ministériel délivré en vertu de la *Loi sur l'immigration* (Canada). En 2002-2003, vingt-neuf personnes ont eu droit à cette couverture parce qu'elles étaient titulaires d'un tel permis ministériel.

Aucune modification législative influant sur l'universalité n'a été apportée à la *Loi* ou au Règlement au cours de l'exercice 2002-2003.

4.0 Transférabilité

4.1 Délai minimal de résidence

L'article 6 du Règlement sur la résidence et l'inscription (R.M. 54/93) fixe la période d'attente pour les autres personnes assurées qui déménagent d'une province ou d'un territoire pour s'installer au Manitoba. Un résident qui, immédiatement avant son arrivée au Manitoba, était résident d'une autre province ou d'un territoire canadien est assuré le premier jour du troisième mois qui suit 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-santé pendant des absences temporaires au Canada.

Les étudiants sont considérés comme des résidents et ils continuent d'être assurés par l'assurance-santé pendant toute la période où ils sont inscrits à temps plein dans tout établissement d'enseignement agréé. Une exigence supplémentaire veut qu'ils aient l'intention de retourner au Manitoba et de s'y installer après avoir terminé leurs études.

Les résidents en congé sabbatique ou en congé d'études sont assurés par Santé Manitoba pendant une période pouvant aller jusqu'à 24 mois consécutifs. Ces personnes doivent retourner au Manitoba et y résider à la fin de leur congé.

Le Manitoba a signé des ententes formelles avec toutes les provinces et chacun des territoires canadiens pour les besoins de la facturation réciproque des services hospitaliers assurés. Le Manitoba a signé un accord bilatéral avec la Saskatchewan pour les résidents de la Saskatchewan qui reçoivent des soins dans les localités frontalières du Manitoba.

Les coûts d'hospitalisation sont fixés selon les taux normaux approuvés par la province ou le territoire d'accueil. Les paiements versés pour les actes médicaux à coût élevé visant des patients hospitalisés et les services offerts à des patients externes sont fondés sur les taux

nationaux établis par les régimes de santé provinciaux ou territoriaux. Ils comprennent tous les services nécessaires sur le plan médical de même que les coûts relatifs aux soins d'urgence.

Les services médicaux reçus dans toutes les provinces – à l'exception du Québec – et tous les territoires sont payés en vertu d'ententes de facturation réciproque aux taux de la province ou du territoire d'accueil. Les demandes de remboursement pour services médicaux reçus au Québec sont soumises par le patient ou le médecin à Santé Manitoba afin d'être réglées selon les taux de la province d'accueil.

En 2002-2003, Santé Manitoba a versé des paiements totalisant environ 16 701 176 \$ pour des services hospitaliers et 7 691 159 \$ pour des services médicaux fournis au Canada.

4.3 Couverture durant des absences temporaires à l'étranger

Le paragraphe 1 de l'article 7(1) du Règlement sur la résidence et l'inscription (R.M. 54/93) définit les règles de transférabilité de l'assurance-santé pendant les absences temporaires du Canada.

Les résidents qui travaillent à temps plein sous contrat, à l'extérieur du Canada auront droit à la couverture de Santé Manitoba pendant une période pouvant aller jusqu'à 24 mois consécutifs. Ils doivent retourner au Manitoba et y résider à la fin de leur contrat. Les membres du clergé qui vont en mission, pour le compte d'une organisation religieuse ayant le statut d'organisme de bienfaisance en vertu de la *Loi de l'impôt sur le revenu* (Canada); seront assurés par Santé Manitoba pour une période pouvant aller jusqu'à 24 mois consécutifs. Les étudiants sont considérés comme des résidents et continueront d'avoir droit à l'assurance-santé pendant la durée de leur inscription à temps plein dans un établissement d'enseignement agréé. Une exigence supplémentaire veut qu'ils aient l'intention de revenir au Manitoba et d'y résider à la fin de leurs études. Les résidents en congé sabbatique ou en congé d'étude seront assurés par Santé Manitoba pour une période allant jusqu'à 24 mois consécutifs. Ces personnes doivent également revenir au Manitoba et y résider à la fin de leur congé.

Pour chacune de ces catégories, l'assurance est assujettie aux montants indiqués dans le Règlement sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des hôpitaux (R.M. 48/93). Les services hospitaliers reçus à l'extérieur du Canada en raison d'une urgence ou d'une maladie apparue subitement pendant une absence temporaire du Canada sont payés comme suit :

Les services aux patients hospitalisés sont payés selon un taux quotidien établi d'après le nombre de lits que l'on trouve dans l'hôpital :

- ❑ de 1 à 100 lits : 280 \$
- ❑ de 101 à 500 lits : 365 \$
- ❑ plus de 500 lits : 570 \$

Les services offerts aux patients externes sont payés selon le taux fixe de 100 \$ la consultation, ou de 215 \$ s'il s'agit d'une hémodialyse.

Étant donné la diversité des hôpitaux que l'on trouve dans les régions rurales et les régions urbaines, le calcul de ces taux est complexe.

Les Manitobains ayant besoin de services hospitaliers jugés nécessaires sur le plan médical et qui ne sont pas offerts au Manitoba ni ailleurs au Canada peuvent être admissibles au paiement des coûts engagés aux États-Unis en fournissant à Santé Manitoba une recommandation de leur spécialiste précisant que le patient a besoin d'un service bien précis et jugé nécessaire sur le plan médical. Les services médicaux reçus aux États-Unis sont payés à un taux qui n'est pas inférieur à 100 p. 100 du taux équivalent demandé pour des services semblables fournis au Manitoba. Les services hospitaliers sont payés à un taux pouvant aller jusqu'à 75 p.100 des frais demandés par l'hôpital pour les services assurés. Les services hospitaliers sont payés monnaie américaine (articles 15 à 23 du Règlement sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des hôpitaux).

Pendant l'exercice 2002-2003, Santé Manitoba a versé des paiements totalisant environ 2 762 161 \$ pour des soins hospitaliers fournis dans des hôpitaux situés à l'extérieur du Canada. Santé Manitoba a, en outre, effectué des paiements s'élevant au total à environ 607 066 \$ pour des services médicaux.

Dans les cas où Santé Manitoba avait obtenu une approbation préalable pour les services fournis à l'extérieur du Canada et que le paiement était inférieur au montant total facturé pour les services assurés, Santé Manitoba détermine s'il est nécessaire d'accorder des fonds supplémentaires en se fondant sur les besoins financiers.

4.4 Nécessité d'une approbation préalable

Il n'est pas nécessaire d'obtenir une approbation préalable pour les services fournis dans d'autres provinces ou territoires. Une approbation préalable est toutefois requise pour les soins hospitaliers et médicaux facultatifs fournis à l'extérieur du Canada. Pour obtenir l'approbation, le spécialiste médical compétent doit s'adresser à Santé Manitoba.

Aucune modification législative, influant sur la transférabilité, n'a été apportée à la *Loi* ou au Règlement au cours de l'exercice 2002-2003.

5.0 Accessibilité

5.1 Accès aux services de santé assurés

Santé Manitoba veille à ce que les services médicaux soient assurés en toute équité et à ce que tous les Manitobains y aient accès raisonnable. À compter du 1^{er} janvier 1999, le Règlement des établissements chirurgicaux (R.M. 222/98) pris en application de la *Loi sur l'assurance-maladie* est entré en vigueur. Il a pour objet d'empêcher les établissements chirurgicaux privés de percevoir des honoraires supplémentaires pour les services médicaux assurés.

En juillet 2001, la *Loi sur l'assurance-maladie*, la *Loi sur les cliniques privées* et la *Loi sur les hôpitaux* ont été modifiées pour favoriser davantage et protéger l'accès du public au système de soins de santé. Les modifications comprenaient :

- des changements aux définitions et à d'autres dispositions de manière à ce qu'aucune facturation ne puisse être présentée aux personnes qui reçoivent des

services chirurgicaux assurés ou à toute autre personne en leur nom;

- la garantie qu'un établissement de chirurgie ne puisse effectuer des interventions nécessitant un séjour de plus de 24 heures et, ainsi, fonctionner comme une clinique privée.

5.2 Accès aux services hospitaliers assurés

Tous les Manitobains ont accès à des services hospitaliers, y compris un traitement psychiatrique prolongé, les soins de santé mentale, les soins palliatifs, les soins chroniques, l'évaluation et la réadaptation à long terme, ainsi qu'aux établissements de soins personnels. Il y a eu un virage dans les soins, notamment depuis les lits d'hôpital aux services communautaires, aux soins pour malades externes et aux chirurgies de jour, lesquels sont aussi des services assurés.

Le Manitoba continue de connaître une grave pénurie d'infirmières et d'infirmiers dans toutes les régions géographiques, certaines améliorations ayant été enregistrées au cours de l'année écoulée, plus particulièrement dans les centres urbains plus grands ou dans les secteurs près de Winnipeg. L'intérêt pour l'éducation en soins infirmiers demeure élevé.

On trouve également au Manitoba un très large éventail d'autres professionnels de la santé. Les pénuries dans certains domaines technologiques comme la radiothérapie, l'échographie, l'imagerie par résonance magnétique (IRM) et les technologies de laboratoire sont également problématiques.

À l'heure actuelle, le Manitoba a accès à trois appareils à imagerie par résonance magnétique pour des essais cliniques, tous à Winnipeg. Le premier appareil a été installé en 1990 par la Fondation pour la recherche (Hôpital général Saint-Boniface) et remplacé en octobre 1998. Le deuxième, au Centre des sciences de la santé, est devenu fonctionnel en septembre 1998. Cet appareil s'insérerait dans le cadre d'une initiative conjointe avec le Conseil national de recherches (CNR). Le troisième appareil IRM se trouve à Winnipeg : il est opérationnel depuis janvier 2000.

Le Manitoba compte 16 tomodensitomètres : - trois au Centre des sciences de la santé (dont

un pour les patients du service de pédiatrie), deux à l'Hôpital général Saint-Boniface, ainsi qu'un à chacun des établissements suivants : Victoria General Hospital, Dauphin Regional Health Centre, Thompson General Hospital, Brandon Regional Health Centre, Boundary Trails Health Centre et Misericordia Health Centre, Seven Oaks, Grace et Concordia, et des nouveaux tomodensitomètres installés à Steinbach et à Selkirk. Un des tomodensitomètres au Centre des sciences de la santé a été remplacé et un autre a été amélioré, les deux par des tomodensitomètres à 16 tranches. On trouve en outre, des tomodensitomètres à ultrasons dans les établissements de santé de Winnipeg et dans les régions rurales et nordiques. Les essais touchant la densité osseuse menés sur deux appareils situés à Winnipeg et à Brandon sont financés par Santé Manitoba.

En mars 2003, CancerCare Manitoba a terminé l'ouverture de son installation de classe mondiale de 205 000 pieds carrés prévue pour le traitement, l'éducation et la recherche et dotée d'un laboratoire sur place pour le Manitoba Institute of Cell Biology. Huit étudiants ont obtenu leur diplôme en septembre 2002 de la Manitoba School of Radiation Technology, laquelle prévoit maintenant des salles de classe dans la nouvelle installation CancerCare. En juin 2002, du financement a été prévu pour mettre en oeuvre la radiothérapie conformationnelle en 3D.

La conversion de la clinique Pan Am au Manitoba en un établissement à but non lucratif dans le cadre public est une innovation intéressante qui démontre comment l'assurance-maladie peut et devrait s'adapter aux changements rapides du secteur de la santé. La clinique Pan Am est un centre de chirurgie d'un jour situé à Winnipeg qui est reconnu comme un environnement médical de premier choix offrant des traitements d'avant-garde et de la technologie de pointe relativement à l'appareil musculo-squelettique, notamment les soins primaires, l'orthopédie, la rhumatologie et d'autres services connexes.

Depuis l'acquisition en 2001, le nombre de cas mensuels de la clinique Pam Am a augmenté de façon soutenue, ayant passé de 199 cas en avril 2002 à 304 cas en avril 2003. Des plans d'élargissement ont été approuvés pour la chirurgie orthopédique et plastique, pour des locaux élargis pour la salle de recouvrement

après une intervention chirurgicale, pour la physiothérapie et pour un troisième bloc opératoire qui sera utilisé pour la micromanipulation chirurgicale.

Santé Manitoba a consenti un financement au *Fonds d'aide en cas de pénurie de soins cardiaques essentiels* afin d'envoyer des patients, s'ils le désirent, dans une autre province pour subir une chirurgie cardiaque. Aucun des patients inscrits sur la liste d'attente pour les chirurgies cardiaques n'a choisi cette option.

Santé Manitoba a établi un Groupe de travail prévoyant la participation des offices régionaux de la santé afin de traiter des questions de l'accès et des temps d'attente. Les travaux se poursuivent. Un financement ciblé a été accordé aux offices régionaux de la santé afin d'aborder des questions bien précises intéressant la capacité, y compris un financement pour accroître les procédures diagnostiques. Le Manitoba est un partenaire du projet *Western Canada Waiting List*. L'Office régional de la santé de Winnipeg est en train de mettre en oeuvre et d'évaluer deux outils élaborés dans le cadre de ce projet, à savoir l'outil de santé mentale des enfants et l'outil de chirurgie générale.

En janvier 2003, le ministère de la Santé a rendu public un nouveau guide pour aider les Manitobains à avoir accès à leur système de soins de santé et à comprendre celui-ci. Le Guide infosanté comprend trois sections particulières, à savoir :

- ❑ **Aperçu** – où on trouve rapidement des numéros de téléphone et des renseignements importants pour les cas d'urgence;
- ❑ **Vos services de santé** – de l'information sur le type de services de soins de santé offerts au sein du système de soins de santé;
- ❑ **Vos droits en matière de soins de santé** – de l'information sur les droits, les responsabilités et les garanties prévus par le truchement du système de soins de santé.

5.3 Accès aux services médicaux et de chirurgie dentaire

En 2002-2003, Santé Manitoba a continué de mettre en oeuvre des initiatives pour améliorer

l'accès aux médecins dans les régions rurales et nordiques de la province. En juin 2002, un directeur médical a été nommé à l'Office de la santé rurale et nordique, lequel se trouve à Dauphin. L'Office assurera un soutien d'infrastructure pour le Plan d'action sur les médecins des régions rurales. Le plan prévoit la promotion de la médecine comme carrière auprès des étudiants des régions rurales et nordiques, l'élargissement des possibilités de formation dans ces secteurs pour les étudiants de premier cycle et de deuxième cycle, et la restructuration des possibilités d'éducation permanente dans les régions rurales et nordiques. Des augmentations additionnelles du nombre d'inscriptions aux écoles de médecins et aux postes de résidence sont prévues pour 2004.

Le Manitoba continue d'enregistrer de petites augmentations du nombre de nouveaux médecins inscrits auprès de l'organisme de réglementation professionnelle. Pour encourager le maintien en poste des diplômés du Manitoba, la province a continué d'assurer une aide financière aux étudiants et aux résidents. En échange de l'aide financière reçue au cours de leur formation, l'étudiant ou le résident accepte de travailler au Manitoba pendant une période précise après l'obtention de son diplôme. Le programme a été instauré en mai 2001. On compte élargir le programme afin d'inclure des médecins de famille de l'extérieur du Manitoba et des médecins de famille qui ont quitté la province et souhaitent y revenir. La province continue d'appuyer le *Medical Licensure Program for International Medical Graduates* qui a été instauré en 2001. Depuis 2002, les médecins formés à l'étranger peuvent recevoir un soutien financier pour les aider à mener à bien le processus qui leur permettra d'exercer la médecine au Manitoba. Les coûts annuels du programme sont d'environ 1 million de dollars.

Le réseau de télésanté du Manitoba, sous le leadership de l'autorité sanitaire régionale de Winnipeg, a instauré l'infrastructure pour relier 23 sites de télésanté de la province. Grâce à ce lien moderne de télécommunications, les patients peuvent consulter des spécialistes et les membres du personnel médical peuvent se consulter entre eux sans avoir à assumer de frais de déplacement et les inconvénients de voyages du Nord à Winnipeg. En septembre 2002, Santé Manitoba a lancé le nouveau site de télésanté du Manitoba à l'Hôpital général

Saint-Boniface, reliant officiellement ses spécialistes médicaux aux patients et collègues à l'échelle de la province.

5.4 Rémunération des médecins et des dentistes

Le 2 juin 2002, Santé Manitoba et l'Association médicale du Manitoba (AMM) ont conclu un Accord d'arbitrage des différends (l'Accord) concernant tant les médecins rémunérés à l'acte que les autres médecins subventionnés représentés par l'AMM. Voici les grandes lignes particulières de l'Accord.

- ❑ L'Accord prévoit un mécanisme pour la détermination des augmentations des honoraires pour tous les médecins rémunérés à l'acte et les autres médecins subventionnés représentés par l'AMM pour la période du 1^{er} octobre 2002 au 31 mars 2005.
- ❑ L'une ou l'autre des parties peut exiger qu'un nouveau processus d'arbitrage soit entrepris pour déterminer les augmentations des honoraires après le 31 mars 2005.
- ❑ L'Accord établit un Fonds de prestations parentales et de prestations de maternité de 1 million de dollars par année.
- ❑ L'Accord établit un Fonds de maintien des médecins de 5 millions de dollars par année.
- ❑ L'Accord maintient le Fonds d'assurance pour faute professionnelle de 5 millions de dollars par année.
- ❑ L'Accord maintient le Fonds pour l'éducation permanente des médecins de 1 million de dollars par année.
- ❑ Il n'y aura aucune interruption des services des médecins au cours de la période visée par l'Accord.
- ❑ L'AMM administrera le Fonds d'assurance pour faute professionnelle et le Fonds de remboursement de l'éducation permanente des médecins pour les médecins rémunérés à l'acte et les autres médecins subventionnés.
- ❑ L'Accord d'arbitrage prévoit un mécanisme d'arbitrage distinct, ainsi qu'un seul arbitre pour 16 questions visées par l'ancien accord et non réglées. En 2002-2003, l'arbitre a rendu une décision concernant cinq des questions non réglées.

En vertu du principal processus d'arbitrage décrit dans l'Accord, un conseil formé de trois personnes a été constitué pour établir un taux global concernant les services des médecins rémunérés à l'acte. Au reçu du taux pour la rémunération à l'acte, tous les accords visant les autres médecins subventionnés obtiendront un taux provisoire représentant la moitié du pourcentage d'augmentation accordée aux médecins rémunérés à l'acte. Chaque partie devra alors choisir deux ententes de financement de rechange en vue d'un arbitrage distinct. Une fois les taux distincts établis, le conseil devra établir un taux global pour le reste des accords de financement de rechange. Le processus d'arbitrage prévu pour l'enveloppe des médecins rémunérés à l'acte a été amorcé le 26 février 2003.

Les services assurés offerts par les médecins sont remboursés selon une combinaison de modalités : rémunération à l'acte, autres ententes de service, contrats indépendants, etc. En 2002-2003, aucune entente de capitation n'était en vigueur au Manitoba. Cependant, le Manitoba et l'AMM ont convenu de dépenses globales maximales pour les laboratoires au cours de la période visée par l'Accord d'arbitrage. Pour l'exercice 2002-2003, les dépenses globales maximales pour les laboratoires privés ont été établies à 23 millions de dollars.

Le Règlement sur les frais assurés engagés pour des services médicaux pris en application de la *Loi sur l'assurance-maladie* régit la rémunération à l'acte à l'intention des médecins. Le Règlement est habituellement promulgué de nouveau à chaque exercice.

Le Manitoba et l'Association dentaire du Manitoba (ADM) ont signé un protocole d'entente pour la période du 1er avril 1998 au 31 mars 2002. L'entente, qui a depuis expiré, prévoyait une hausse de financement globale de 13 p. 100 sur quatre ans. Des discussions sont en cours entre le Manitoba et l'ADM en vue de la conclusion d'une nouvelle entente.

Les services assurés offerts par des chirurgiens de la région buccale et maxillo-faciale ou des dentistes autorisés à exercer leur profession sont payés à l'acte pour ce qui est des actes de chirurgie buccale, dentaire et maxillo-faciale exécutés dans des établissements hospitaliers seulement.

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* régit les paiements versés aux dentistes pour des services dentaires assurés. Le Règlement a été modifié au cours de l'exercice 2001-2002 de manière à refléter les paiements en vigueur depuis le 1^{er} avril 2001.

Aucune des modifications apportées à la *Loi sur l'assurance-maladie* au cours de l'exercice 2002-2003 n'a eu de conséquences sur la rémunération des médecins et des dentistes.

5.5 Paiements aux hôpitaux

L'article 3.1 de la Partie 4 de la *Loi sur les offices régionaux de la santé* énonce les exigences touchant les ententes opérationnelles convenues entre les offices régionaux de la santé et les exploitants d'hôpitaux et de foyers de soins personnels (définis comme des entreprises donnant des soins de santé, aux termes de la *Loi*).

Selon les dispositions prévues dans ce titre, il n'est pas permis aux offices régionaux de la santé de fournir des fonds de fonctionnement aux entreprises offrant des soins de santé : à moins que les parties n'aient conclu un accord écrit qui prévoit les services de santé que l'entreprise offrant des soins de santé doit fournir, les fonds que l'Office doit accorder aux services de santé, la durée de l'accord; ainsi qu'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 afin de les aider à régler les questions en suspens. Si la médiation ne permet pas de régler le litige, le Ministre est habilité à régler l'affaire ou les affaires litigieuses. La décision que prend le Ministre est alors exécutoire pour les parties.

Les offices régionaux de la santé ont conclu les accords nécessaires. Les accords d'exploitation conclus entre l'Office régional de la santé de Winnipeg et les entreprises offrant des soins de santé qui exploitent des établissements à Winnipeg prendront fin le 31 mars 2006. Ces accords d'exploitation permettent à l'Office régional de la santé de déterminer les fonds nécessaires en se fondant sur des preuves matérielles, les pratiques exemplaires et les

critères couramment appliqués dans des établissements comparables.

Outre l'Office régional de la santé de Winnipeg, il existe deux autres offices régionaux de la santé qui continuent à avoir des hôpitaux dirigés par des entreprises qui donnent des soins de santé dans leurs régions de santé respectives. Dans les autres régions, les hôpitaux sont tous dirigés par les offices régionaux de la santé ou par le gouvernement fédéral. Les accords en vigueur entre les offices régionaux de la santé et les entreprises offrant des soins de santé n'ont pas de dates d'expiration. Les offices sont habilités à déterminer les fonds à fournir chaque année.

La répartition des ressources par les offices régionaux de la santé, pour la prestation de services hospitaliers, est approuvée par Santé Manitoba dans le cadre de l'approbation des plans régionaux de santé des offices. Les offices sont tenus de soumettre ces plans à l'approbation du Ministère conformément à l'article 24 de la *Loi sur les offices régionaux de la santé*. Aux termes de l'article 23 de la *Loi*, les offices sont tenus d'affecter leurs ressources conformément au plan régional de santé approuvé.

Aux termes du paragraphe 50(2.1) de la *Loi sur l'assurance-maladie*, les paiements du Régime d'assurance-maladie du Manitoba pour les services hospitaliers assurés doivent être versés aux offices régionaux de la santé. Quant aux hôpitaux qui n'appartiennent pas à un office ou qui ne sont pas dirigés par un office, l'office est tenu de payer chaque hôpital conformément à tout accord conclu entre lui et l'organisme ou la personne qui dirige l'hôpital.

Aucune modification législative influant sur les paiements aux hôpitaux, n'a été apportée à la *Loi* ou au règlement au cours de l'exercice 2002-2003.

6.0 Reconnaissance accordée aux transferts fédéraux

Dans les documents officiels, le Manitoba reconnaît habituellement les contributions versées par le gouvernement fédéral au titre du

Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS).

7.0 Services complémentaires de santé

Le Manitoba a mis sur pied des programmes de service communautaire destinés à remplacer de façon adéquate les services hospitaliers. Ces programmes de service sont offerts par Santé Manitoba par l'entremise des Offices régionaux de la santé. Parmi ces services, mentionnons ceux qui suivent.

Services de foyers de soins personnels

Le Règlement sur l'assurance relative aux services de soins personnels et l'administration des foyers de soins personnels pris en application de la *Loi sur l'assurance-maladie*, autorise la prestation de services aux bénéficiaires des foyers de soins personnels. Ces foyers, privés et non privés, sont agréés dans la province du Manitoba par Santé Manitoba. Les bénéficiaires des foyers de soins personnels payent aussi des frais d'hébergement. Pour l'exercice 2002-2003, les dépenses de fonctionnement totales de Santé Manitoba pour les services de soins personnels se sont chiffrées à 377 448 184 \$, le nombre total de lits pour soins personnels autorisés étant de 9 636. De plus, les dépenses estimatives en immobilisations et en équipement se sont élevées à 19 510 077 \$.

Services de soins à domicile

Les soins à domicile du Manitoba constituent un programme d'envergure provinciale visant à offrir des services de santé communautaires efficaces, fiables et adaptés afin de favoriser l'autonomie de la personne et l'intégration communautaire permanente et permettre de recevoir des soins en établissement lorsqu'il n'y a pas d'autre solution viable. Les services de soins à domicile sont offerts par l'entremise des bureaux locaux des offices régionaux de la santé. Ils comportent une vaste gamme de services fondés sur une évaluation multidisciplinaire des besoins particuliers. Les services peuvent être coordonnés par un coordonnateur de cas ou autogérés et peuvent inclure de l'aide pour les soins personnels, un

soutien à domicile, des soins de santé, un répit pour la famille, des soins de répit, des fournitures et de l'équipement, des programmes de jour pour les adultes et des services bénévoles.

Services de soins de santé ambulatoires

La *Loi sur l'assurance-maladie* renferme une disposition voulant que l'on désigne comme « institution » au sens de la *Loi* les centres de santé ambulatoires administrés par une autorité publique à but non lucratif.

Services de soins en établissement pour adultes

Les établissements de soins pour bénéficiaires internes sont des établissements communautaires qui fournissent l'hébergement et les repas, de même que des soins sur place 24 heures sur 24, et qui assurent une surveillance et une aide pour certaines activités, de manière à répondre aux besoins particuliers des bénéficiaires. On classe ces établissements selon leur taille. Les foyers agréés peuvent compter jusqu'à trois adultes; les établissements autorisés ont un taux d'occupation de quatre adultes ou plus. Il s'agit d'établissements à but lucratif et d'établissements sans but lucratif.

En vertu de la *Loi sur les services sociaux* et du Règlement du Manitoba sur l'octroi de permis aux établissements de soins (R.M. 484/88R), les établissements de soins pour bénéficiaires internes doivent être agréés et répondre aux normes établies par la Direction de la réglementation des soins en résidence du ministère des Services à la famille et du Logement. Le règlement autorise l'agrément d'établissements pour trois catégories d'adultes atteints d'incapacité mentale (ceux qui sont atteints de maladie mentale, ceux qui ont une incapacité mentale et ceux qui sont atteints d'incapacité en raison de l'âge).

On compte au Manitoba environ 102 établissements de soins pour bénéficiaires internes, agréés et autorisés, pour les personnes atteintes de maladie mentale, pour un total de 520 lits. On y trouve également 57 établissements « mixtes » disposant de 235 lits. On y dénombre 12 établissements, agréés et autorisés, pour des personnes ayant des incapacités en raison de l'âge, pour un total de 164 lits. La plupart des établissements de soins

pour bénéficiaires internes sont situés à Winnipeg et à Brandon.

8.0 Renseignements additionnels présentés à Santé Canada

- ❑ Rapport annuel de Santé Manitoba, 2002-2003.
- ❑ Rapport du vérificateur de Santé, 2002-2003.
- ❑ Supplementary Information for Legislative Review, 2002-2003.
- ❑ Codification des lois et règlements du Manitoba.
- ❑ Guide info santé du Manitoba - Vos services de santé.
- ❑ Statistiques annuelles, 2002-2003.
- ❑ Manitoba 2003 – Ce que le Budget 2002 du Manitoba signifie pour vous.
- ❑ Manitoba 2003 – Le Discours du Budget.
- ❑ Manitoba 2003 – Budget Papers.
- ❑ Manitoba 2003 – Les avantages du Manitoba.
- ❑ Manitoba 2003 – Plan stratégique de croissance économique du Manitoba.

Saskatchewan

Introduction

C'est en Saskatchewan que l'assurance-maladie a vu le jour. Les services hospitaliers assurés ont d'abord été offerts en Saskatchewan en 1947 et les services médicaux assurés ont suivi en 1962, renforçant ainsi le principe selon lequel les services de santé devraient être offerts aux personnes en fonction de leurs besoins et non de leur capacité de payer.

Aujourd'hui, face au débat soutenu sur l'orientation future des soins de santé au Canada, la Saskatchewan demeure résolue à respecter ce principe. D'aucuns reconnaissent, toutefois, qu'au sein du système de soins de santé financé par l'État, il y aurait lieu d'évoluer constamment vers un système plus durable qui permet d'assurer une meilleure santé aux gens et aux collectivités.

Dans ce contexte, la Saskatchewan a été l'une des premières provinces au Canada à entreprendre un examen approfondi de la prestation des soins de santé. Les recommandations de la Commission Fyke sur les soins de santé ont servi de fondement à plusieurs mois d'étude et de consultations minutieuses. Au cours de ces consultations, le gouvernement a pris connaissance des observations d'un grand nombre de partenaires communautaires du secteur de la santé, de même que de résidents de l'ensemble de la province. Le message qui s'est dégagé de ces consultations était clair : les habitants de la Saskatchewan croient fermement au maintien du régime d'assurance-maladie, mais ils reconnaissent la nécessité d'apporter certains changements de manière à maintenir à l'avenir un système de santé solide et adapté aux besoins des Canadiens et des Canadiennes.

En raison de cet examen, le gouvernement a rendu public le document intitulé *Saskatchewan. Healthy People. A Healthy Province: The Action Plan for Saskatchewan Health Care* en décembre 2001. Ce document comprend un plan d'action à long terme qui vise à améliorer la santé des habitants de la Saskatchewan tout en assurant la meilleure valeur pour chaque dollar consacré à la santé.

Dans le cadre stratégique du plan d'action, le gouvernement de la Saskatchewan a dévoilé son tout premier plan de rendement public. Paru en août 2002, le plan sur le rendement de 2002-2003 énonce la vision du ministère en ce qui concerne le renouvellement du réseau de la santé et met l'accent sur l'amélioration de l'accès à des soins de qualité et de la responsabilisation au sein du régime de soins de santé. Le plan de santé trace également les grandes lignes de quatre objectifs stratégiques clés sur lesquels s'appuie cette vision, à savoir :

- ❑ assurer un meilleur accès à des soins de santé de qualité;
- ❑ améliorer l'efficacité de la promotion de la santé et de la prévention des maladies;
- ❑ améliorer les lieux de travail des travailleurs de la santé et traiter des pénuries de fournisseurs de soins de santé;
- ❑ privilégier l'efficacité et la responsabilisation au sein du régime de soins de santé.

Le rapport annuel 2002-2003 de Santé Saskatchewan présente les progrès accomplis à ce jour dans l'atteinte de ces objectifs. Le ministère a pris des mesures visant à améliorer la gestion des listes d'attente pour les interventions chirurgicales afin d'assurer un accès opportun et équitable aux habitants de la Saskatchewan. Le Saskatchewan Surgical Care Network (SSCN), comité consultatif auprès du ministre de la Santé de la Saskatchewan, a été mis sur pied en mars 2002. Son objectif consiste à créer un meilleur système de soins chirurgicaux. Depuis son instauration, d'importants progrès ont été accomplis en vue de la mise en place complète d'une liste d'attente pour les interventions chirurgicales dans l'ensemble de la province. Un site Web indique à la population le temps d'attente pour certains types d'interventions et expose le fonctionnement du réseau de soins chirurgicaux.

www.sasksurgery.ca

D'autres initiatives comme un service téléphonique de renseignements sur la santé, accessible jour et nuit, établi en août 2003, viennent également appuyer le plan de rendement du ministère. De telles initiatives constituent, en outre, un volet important de la

stratégie précise de la province en vue de fournir de meilleurs services de soins de santé.

Santé Saskatchewan a établi le premier conseil indépendant sur la qualité de la santé au pays, en novembre 2002, afin de faciliter l'innovation et les améliorations en matière de qualité des soins. Le Conseil fournit de l'information et des avis objectifs, en temps opportun et reposant sur des données probantes au gouvernement, aux autorités sanitaires régionales, aux donneurs de soins, aux professionnels et aux organismes de réglementation ainsi qu'à d'autres intervenants afin de les aider à fournir les meilleurs soins de santé possible dans le cadre budgétaire actuel. Le conseil examine les normes sanitaires, l'emploi des technologies médicales et des médicaments d'ordonnance et les stratégies en vue d'améliorer la qualité et la sécurité du système de santé.

Afin d'accroître l'efficacité de la promotion de la santé et de la prévention des maladies, Santé Saskatchewan a formulé une stratégie, pour l'été 2003, visant à réduire le risque lié au virus du Nil occidental. L'élargissement des efforts de surveillance, notamment l'embauche d'un coordonnateur du dossier du virus du Nil occidental et la réalisation d'une campagne d'éducation publique axée sur les mesures de protection personnelle afin de réduire les risques d'infection, en ont constitué les mesures clés.

Durant l'exercice 2002-2003, le ministère a mis en place les assises pour aller de l'avant avec son plan d'action. Santé Saskatchewan a restructuré la gouvernance du régime des soins de santé en créant 12 nouvelles autorités sanitaires régionales à partir des 32 anciens districts de santé. La *Regional Health Services Act* (loi sur le ministère de la Santé) a été édictée le 1^{er} août 2002 et les noms des nouvelles autorités régionales sont entrés en vigueur le 1^{er} novembre 2002. Au printemps 2003, chaque autorité sanitaire régionale a reçu son premier document de responsabilisation ainsi que le plan budgétaire de 2003-2004 qui établissent des objectifs et des attentes clairs pour les services de santé.

Les nouvelles autorités sanitaires régionales travaillent en étroite collaboration avec le Ministère afin d'assurer la mise en place d'un réseau de la santé coordonné, efficace et responsable qui offre une qualité et un niveau de services uniformes dans toute la province.

Plus précisément, elles assument actuellement un rôle clé dans l'évaluation des besoins locaux, de même que dans la planification et la prestation des services de santé afin de répondre à ces besoins.

Les autorités sanitaires régionales sont des partenaires clés dans le système de santé et elles offrent une vaste gamme de services hospitaliers, médicaux, de santé publique et mentale, de réadaptation et de lutte contre les toxicomanies. Parmi les autres partenaires du système, il convient de mentionner les organismes associés, les médecins rémunérés à l'acte, les pharmaciens et d'autres fournisseurs de soins de santé. Le gouvernement provincial est le principal bailleur de fonds du système de santé de la Saskatchewan; il a fourni près de 2,3 milliards de dollars en 2002-2003.

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 *The Department of Health Act* autorise le ministre de la Santé à poser les actes suivants :

- payer en entier 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 octrois ou des subventions aux autorités sanitaires régionales, aux organismes qui donnent des soins de santé ou aux municipalités afin qu'elles assurent la prestation et le fonctionnement des services de santé ou des services de santé publique;
- payer en entier ou en partie les frais associés à la prestation des services de santé dans toute région sanitaire ou partie de région sanitaire où le ministre juge ces services nécessaires;

- accorder des octrois ou des subventions à tout organisme de santé, selon que le ministre le juge nécessaire;
- accorder des octrois ou des subventions afin de stimuler et de favoriser la recherche en santé publique et la réalisation d'enquêtes et d'études dans le domaine de la santé publique.

Les articles 8 et 9 de *The Saskatchewan Medical Care Insurance Act* (loi sur l'assurance-santé de la Saskatchewan) donnent au ministre de la Santé le pouvoir d'établir et d'administrer un régime d'assurance-santé pour les résidents de la province.

The Regional Health Services Act (loi sur les services régionaux de santé) donne le pouvoir d'instaurer 12 autorités sanitaires régionales qui remplacent les 32 anciens conseils de district de santé.

Les articles 5 et 11 de *The Cancer Foundation Act* (loi sur la fondation contre le cancer) de 1997 établissent la mise en place de la Saskatchewan Cancer Agency et donnent à celle-ci le mandat de coordonner un programme de diagnostic, de prévention et de traitement du cancer.

Les mandats du ministère de la Santé, des autorités sanitaires régionales et de la Saskatchewan Cancer Agency pour 2002-2003 sont décrits dans *The Department of Health Act*, la *Regional Health Services Act* et la *Cancer Foundation Act*, comme il est mentionné ci-dessus.

1.2 Liens hiérarchiques

Le ministère de la Santé est sous la responsabilité directe du ministre de la Santé, à qui il doit faire rapport de façon périodique sur le financement des services médicaux, hospitaliers et de chirurgie dentaire assurés, ainsi que sur l'administration des fonds destinés à ces services.

L'article 36 de *The Saskatchewan Medical Care Insurance Act* stipule que le ministre de la Santé doit soumettre un rapport annuel sur le régime d'assurance-santé à l'Assemblée législative.

The Regional Health Services Act oblige toutes les autorités sanitaires régionales à soumettre

au ministre de la Santé, dans les trois mois suivant la fin de chaque exercice financier :

- un rapport sur leurs activités;
- un ensemble détaillé d'états financiers vérifiés.

L'article 54 de *The Regional Health Services Act* prescrit aussi qu'une autorité sanitaire régionale doit soumettre au ministre tout rapport que le ministre pourrait, le cas échéant, lui demander. Toutes les autorités sanitaires régionales sont tenues de soumettre un plan financier et sur les services de santé au ministère de la Santé de la Saskatchewan.

En vertu de *The Cancer Foundation Act*, la fondation contre le cancer est tenue de soumettre au ministre de la Santé, au cours de chaque exercice financier, un rapport sur ses activités de même qu'un état financier pour l'exercice financier précédent.

1.3 Vérification des comptes

Le vérificateur provincial effectue une vérification annuelle des ministères et organismes gouvernementaux, dont le ministère de la Santé. Cette vérification comprend la vérification des paiements ministériels aux autorités sanitaires régionales, à la Saskatchewan Cancer Agency ainsi qu'aux médecins et chirurgiens-dentistes pour les services médicaux et de chirurgie dentaire assurés. Le vérificateur provincial peut aussi effectuer des vérifications auprès des conseils des autorités sanitaires régionales. En se fondant sur les normes professionnelles reconnues, le vérificateur provincial détermine lui-même l'étendue et la fréquence de ces vérifications.

L'article 57 de *The Regional Health Services Act* stipule qu'un vérificateur indépendant, qui possède les compétences requises et qui est nommé à cette fin par l'autorité sanitaire régionale, vérifie au moins une fois par exercice les comptes d'une autorité sanitaire régionale. Chaque autorité sanitaire régionale doit soumettre annuellement au ministre de la Santé un ensemble détaillé d'états financiers vérifiés.

L'article 34 de *The Cancer Foundation Act* stipule que les dossiers et les comptes de la fondation doivent être vérifiés au moins une fois

l'an par le vérificateur provincial ou un représentant désigné par celui-ci.

2.0 Intégralité

2.1 Services hospitaliers assurés

The Regional Health Services Act a été adoptée le 1^{er} août 2002 pour remplacer la *Health Districts Act* en tant qu'autorité pour regrouper les 32 districts de santé existants en 12 autorités sanitaires régionales et fournir le financement des services de santé (article 8).

En vertu de *The Regional Health Services Act*, le ministre peut désigner des établissements (article 10), y compris des hôpitaux, des foyers de soins spéciaux et des centres de santé et imposer des normes visant la prestation de services dans ces établissements (article 11) par les autorités sanitaires régionales et les organismes donnant des soins de santé qui ont conclu des ententes de services avec une autorité sanitaire régionale.

La Loi impose de nouvelles exigences en matière de responsabilisation aux autorités sanitaires régionales et aux organismes offrant des soins de santé. Ceux-ci doivent, en effet, soumettre à l'approbation du ministre des plans annuels opérationnels et financiers ainsi que des plans liés aux services de santé (articles 50-51), mettre en place des réseaux consultatifs communautaires (article 28) et signaler les incidents majeurs (article 58). Le ministre a également le pouvoir d'établir un registre pour les interventions chirurgicales afin de faciliter la gestion des temps d'attente en chirurgie (article 12). Le ministre se réserve le droit de faire enquête sur toute question pertinente (article 59), de nommer un administrateur public, au besoin, (article 60) et d'approuver des règlements généraux et sur le personnel exerçant (articles 42 à 44).

Le financement des hôpitaux est compris dans les fonds octroyés aux autorités sanitaires régionales.

En date du 31 mars 2003, les établissements suivants fournissaient des services hospitaliers assurés à des malades hospitalisés et externes :

- ❑ soixante-six établissements de soins actifs fournissaient des services à des malades hospitalisés et externes;
- ❑ un hôpital de réadaptation offrait des soins pour le traitement, le rétablissement et la réadaptation de personnes devenues invalides à la suite d'une blessure ou d'une maladie. L'unité de réadaptation gériatrique d'un autre hôpital et ceux de deux établissements de soins spéciaux fournissaient également des services de réadaptation.

The Hospital Standards Act (loi sur les normes hospitalières) de 1980 et le règlement connexe ont établi des normes minimales pour les soins ainsi que certaines exigences administratives pour les hôpitaux.

Avec l'adoption de *The Regional Health Services Act*, la Saskatchewan prévoit intégrer les dispositions relatives aux normes des programmes et de l'organisation des hôpitaux à la nouvelle Loi, ce qui permettra d'abroger *The Hospital Standards Act* de 1980 et le règlement afférent.

Les hôpitaux fournissent une gamme complète de services assurés, qui peut comprendre :

- ❑ l'hébergement en salle commune;
- ❑ les services de soins infirmiers nécessaires;
- ❑ l'usage d'une salle d'opération et d'une chambre d'accouchement;
- ❑ les matériels et appareils médicaux et chirurgicaux requis;
- ❑ les procédures de radiographie, de laboratoire, de radiologie et les autres procédures de diagnostic;
- ❑ les installations de radiothérapie;
- ❑ les agents anesthésiques et l'usage de matériel d'anesthésie;
- ❑ les procédures de physiothérapie;
- ❑ tous les médicaments et produits biologiques ou préparations semblables administrés à l'hôpital;
- ❑ les services rendus par des personnes qui reçoivent une rémunération de l'hôpital.

Le document *The Action Plan for Saskatchewan Health Care* établit de nouvelles catégories

d'hôpitaux et présente un ensemble standard de services qui doivent être offerts dans chaque hôpital. Les hôpitaux seront regroupés sous les cinq catégories suivantes : hôpitaux communautaires, hôpitaux des régions nordiques, hôpitaux de district, hôpitaux régionaux et hôpitaux provinciaux.

Le plan d'action vise à offrir, entre autres, des services hospitaliers fiables et prévisibles afin que la population sache à quoi s'attendre en tout temps. Même si les genres de services offerts peuvent varier selon l'hôpital, il y a fiabilité et prévisibilité lorsque :

- ❑ la grande majorité des gens savent quels types de services sont offerts par chaque hôpital;
- ❑ ces services sont accessibles lorsqu'ils sont requis.

Ce cadre de prestation des services garantira que des services hospitaliers de qualité et prévisibles sont offerts et facilitera le processus décisionnel en matière d'attribution des nouveaux crédits.

En fonction de leur évaluation des besoins en matière de santé de la population qu'elles desservent et des ressources financières dont elles disposent au titre des professionnels de la santé, les autorités sanitaires régionales ont le pouvoir de changer leur façon d'offrir les services hospitaliers assurés.

Le processus prévu pour l'ajout d'un service hospitalier à la liste de services couverts par le régime d'assurance-santé comprend un examen approfondi portant sur des facteurs comme les besoins en services, le volume de services anticipé, les résultats cliniques obtenus par les services proposés et les services de rechange, les exigences en matière de coûts et de ressources humaines, y compris la disponibilité des fournisseurs ainsi que les demandes initiales et permanentes relatives à l'assurance de la compétence. Compte tenu du service particulier demandé, les consultations pourraient faire intervenir plusieurs directions générales de Santé Saskatchewan, de même que des groupes d'intervenants externes comme les régions sanitaires, les fournisseurs de services et le public.

2.2 Services médicaux assurés

Les articles 8 et 9 de *The Saskatchewan Medical Care Insurance Act* habilite le ministre de la Santé à établir et à administrer un régime d'assurance-santé pour les résidents de la province.

Des amendements ont été apportés, en avril 2002, au Physician Payment Schedule (programme de rémunération des médecins) des Saskatchewan Medical Care Insurance Payment Regulations (règlement sur les paiements au sein du régime d'assurance-santé de la Saskatchewan) de 1994, conformément à l'entente prise avec la Saskatchewan Medical Association. Ces amendements prévoyaient l'ajout de nouveaux services médicaux assurés et des changements aux niveaux de paiement pour certains services choisis.

En Saskatchewan, les médecins peuvent fournir des services médicaux assurés s'ils sont autorisés par le College of Physicians and Surgeons of Saskatchewan et s'ils consentent à accepter le paiement du ministère de la Santé pour les services assurés, sans imposer de surfacturation.

En date du 31 mars 2003, 1 636 médecins détenaient une autorisation d'exercer dans la province et étaient admissibles à participer au régime d'assurance-maladie. L'augmentation comparativement aux années antérieures découle en partie de l'inclusion des inscriptions des suppléants exclus auparavant du nombre total de médecins en exercice.

Les médecins peuvent choisir de se retirer du Medical Services Plan (régime de soins médicaux) ou de ne pas y participer, mais, s'ils font ce choix, ils doivent renoncer complètement à tous les services médicaux assurés. Le médecin ayant décidé de se retirer du régime doit aussi informer les bénéficiaires que les services médicaux qui seront fournis ne sont pas des services assurés et que le bénéficiaire n'a pas droit au paiement de ces services. Une reconnaissance écrite du ou de la bénéficiaire mentionnant qu'il ou elle comprend l'avertissement que lui a donné le médecin est également requise.

En date du 31 mars 2003, aucun médecin de la Saskatchewan n'avait choisi de se retirer du régime.

Les services médicaux assurés sont les services médicalement nécessaires qui sont rendus par des médecins et qui sont couverts par le régime de soins médicaux du ministère de la Santé et inscrits dans le Physician Payment Schedule, qui fait partie de la réglementation afférente à *The Saskatchewan Medical Care Insurance Act* de 1994 (Saskatchewan Medical Care Insurance Payment Regulations).

En date du 31 mars 2003, il existait environ 3 000 services médicaux assurés différents.

Les services médicaux assurés sont ajoutés au régime de soins médicaux au cours d'un processus de discussion officielle avec la Saskatchewan Medical Association. Le directeur administratif de la Medical Services Branch gère le processus d'ajout d'un nouveau service. Lorsqu'un nouveau service médical assuré devient couvert par le régime de services médicaux, on apporte obligatoirement un amendement au Physician Payment Schedule. Un certain nombre de nouveaux services ont été ajoutés en avril 2002.

Tout membre du public peut faire des recommandations sur les services médicaux à ajouter au régime de services médicaux, et ce, même si aucune consultation publique officielle n'est effectuée à ce sujet.

2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

Les dentistes inscrits au College of Dental Surgeons (collège des chirurgiens-dentistes) de la Saskatchewan et désignés par le collège à titre de spécialistes capables d'effectuer des chirurgies dentaires peuvent offrir des services de chirurgie dentaire assurés en vertu du régime de soins médicaux.

En date du 31 mars 2003, 94 spécialistes dentaires offraient de tels services.

Des amendements ont été apportés en janvier 2003 au Payment Schedule for Insured Services (tarifs d'honoraires des dentistes pour les services assurés) de la Medical Insurance Branch de la Saskatchewan. On a ainsi ajouté de nouveaux services assurés et l'on a apporté des changements aux niveaux de paiement à certains services.

Les dentistes peuvent choisir de se retirer du régime de soins médicaux ou de ne pas y participer, mais, s'ils font ce choix, ils doivent renoncer à tous les services de chirurgie dentaire assurés. Le dentiste doit aussi informer les bénéficiaires que les services de chirurgie dentaire qui seront fournis ne sont pas assurés et que le bénéficiaire n'a pas droit au paiement de ces services. Une reconnaissance écrite du ou de la bénéficiaire mentionnant qu'il ou elle comprend l'avertissement que lui a donné le dentiste est également requise.

En date du 31 mars 2003, aucun dentiste de la Saskatchewan n'avait choisi de se retirer du régime.

Les services de chirurgie dentaire assurés sont les services de chirurgie dentaire qui sont médicalement nécessaires et qui doivent être rendus dans un hôpital. Ces services comprennent, notamment :

- la chirurgie buccale qui doit être effectuée dans un hôpital et qui est nécessaire à la suite d'un trauma;
- le traitement des jeunes enfants ayant une fissure palatine;
- les soins dentaires en milieu hospitalier devant appuyer des soins médicaux-chirurgicaux (par ex., les extractions lorsqu'elles sont médicalement nécessaires);
- le traitement chirurgical du dysfonctionnement de l'articulation temporo-mandibulaire.

Des services de chirurgie dentaire peuvent être ajoutés à la liste de services assurés couverts par le régime de soins médicaux à la suite d'un processus de discussion et de consultation 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 services médicaux, et ce, même si aucune consultation publique officielle n'est tenue à ce sujet.

2.4 Services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

En Saskatchewan, les services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés comprennent, notamment :

- ❑ les services hospitaliers donnés aux malades hospitalisés et externes pour des raisons autres que la nécessité médicale;
- ❑ les frais supplémentaires reliés à l'hébergement en chambre privée ou semi-privée non exigé par un médecin;
- ❑ les services de physiothérapie et d'ergothérapie qui ne sont pas fournis par une autorité sanitaire régionale ou en fonction d'un contrat avec celle-ci;
- ❑ les services fournis par des établissements de santé autres que des hôpitaux, à moins que ce ne soit dans le cadre d'une entente avec le ministère de la Santé de la Saskatchewan;
- ❑ les services non urgents de traitement de la cataracte et les services non urgents d'imagerie diagnostique fournis à l'extérieur de la Saskatchewan sans approbation écrite préalable;
- ❑ les services assurés hospitaliers, médicaux ou de chirurgie dentaire non urgents obtenus à l'extérieur du Canada sans approbation écrite préalable;
- ❑ les services médicaux non urgents qui ne sont pas médicalement exigés;
- ❑ les services de chirurgie dentaire qui ne sont pas médicalement nécessaires ou qu'il n'est pas nécessaire de fournir dans un hôpital;
- ❑ les services couverts par la Saskatchewan Workers' Compensation Board (commission des accidents du travail de la Saskatchewan).

En principe et selon les politiques, les services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire assurés sont fournis en fonction d'un besoin clinique évalué. La conformité à ce principe est surveillée de façon périodique au moyen de consultations menées auprès des autorités sanitaires régionales, des médecins et des dentistes.

En Saskatchewan, aucuns frais ne sont exigés pour les services hospitaliers, médicaux ou de chirurgie dentaire médicalement nécessaires. Il est permis d'exiger des frais pour de meilleurs

services ou produits médicaux seulement si le service ou le produit médical n'est pas jugé médicalement nécessaire. La conformité est surveillée au moyen de consultations menées auprès des autorités sanitaires régionales, des médecins et des dentistes.

S'il évalue que certains services hospitaliers ne sont plus médicalement nécessaires, le gouvernement pourrait ne plus les assurer. Le processus est fondé sur des discussions entre les autorités sanitaires régionales, des praticiens et des fonctionnaires du ministère de la Santé.

Certains services de chirurgie dentaire assurés pourraient ne plus l'être s'ils deviennent non médicalement nécessaires ou s'il n'est plus nécessaire de les fournir dans un hôpital. Le processus serait fondé sur des discussions et des consultations avec les chirurgiens-dentistes de la province et géré par le directeur administratif de la Medical Services Branch.

Certains services médicaux assurés pourraient ne plus l'être si l'on établit qu'ils ne sont pas médicalement nécessaires. Le processus est fondé sur des consultations menées auprès de la Saskatchewan Medical Association et géré par le directeur administratif de la Medical Services Branch.

Si elles sont justifiées, il se pourrait que soient menées des consultations publiques officielles au sujet des services hospitaliers, médicaux ou de chirurgie dentaire qui pourraient ne plus être assurés.

Aucun service de santé assuré n'a été désassuré en 2002-2003.

3.0 Universalité

3.1 Admissibilité au régime

The Saskatchewan Medical Care Insurance Act (articles 2 et 12) et les *Medical Care Insurance Beneficiary and Administration Regulations* (règlement sur les bénéficiaires et l'administration du régime d'assurance-santé) établissent l'admissibilité aux services de santé assurés en Saskatchewan. L'article 11 de la Loi stipule que tous les résidents de la province doivent s'inscrire au régime des soins de santé.

Aucune modification n'a été apportée à cette loi au cours de 2002-2003.

L'admissibilité est limitée aux résidents. Un « résident » est une personne qui est légalement autorisée à résider au Canada, qui établit son domicile en Saskatchewan et qui y est habituellement présente, ou encore toute autre personne déclarée résidente par le lieutenant gouverneur en conseil.

Les citoyens canadiens et les résidents permanents du Canada qui viennent d'ailleurs au Canada pour s'établir en Saskatchewan sont généralement admissibles à la couverture offerte par le régime à compter du premier jour du troisième mois suivant leur établissement de résidence en Saskatchewan.

Les Canadiens et les Canadiennes de retour au pays, les familles des membres des Forces canadiennes qui reviennent au pays, les étudiants et les travailleurs étrangers sont admissibles à la couverture offerte par le régime lorsqu'ils établissent leur résidence en Saskatchewan, pourvu que cette résidence soit établie avant le premier jour du troisième mois suivant leur entrée au Canada.

Les catégories de personnes suivantes ne sont pas admissibles aux services de santé assurés en Saskatchewan :

- ❑ les membres des Forces canadiennes et de la Gendarmerie royale du Canada (GRC), les détenus sous responsabilité fédérale, les personnes ayant demandé le statut de réfugié et les réfugiés kosovars qui sont couverts par le Programme fédéral de santé intérimaire (PFSI);
- ❑ les visiteurs de la province;
- ❑ les personnes qui sont admissibles à la couverture offerte par leur province ou territoire de résidence pendant la durée de leur séjour en Saskatchewan (par ex., les étudiants et les travailleurs couverts par leur province ou territoire de résidence en vertu de clauses d'absence temporaire).

Toutefois, ces catégories de personnes peuvent devenir admissibles s'il s'agit :

- ❑ de membres des Forces canadiennes ou de la Gendarmerie royale du Canada retirés du service, s'ils étaient en poste en Saskatchewan ou résidents de la Saskatchewan à la date de leur retraite;

- ❑ de détenus sous responsabilité fédérale, au moment de leur libération;
- ❑ de personnes ayant demandé le statut de réfugié, sur réception de leur statut de réfugié au sens de la Convention (documents de l'immigration exigés);
- ❑ de réfugiés kosovars, à l'échéance de leur protection en vertu du PFSI (documents de l'immigration exigés).

3.2 Exigences relatives à l'inscription au régime

Le processus d'inscription suivant sert à délivrer une carte donnant droit aux services de santé et à inscrire l'admissibilité d'une personne aux services de santé assurés :

- ❑ tout résident (autre qu'un enfant à charge de moins de 18 ans) doit s'inscrire;
- ❑ l'inscription doit avoir lieu immédiatement après l'établissement de résidence en Saskatchewan;
- ❑ l'inscription peut se faire en personne à Regina ou par la poste;
- ❑ chaque personne admissible inscrite se voit remettre une carte en plastique lui donnant droit aux services de santé et portant son numéro de services de santé, numéro unique et permanent composé de neuf chiffres;
- ❑ les cartes sont renouvelées tous les trois ans (les cartes actuelles viennent à échéance en décembre 2005).

Toutes les inscriptions sont fondées sur la famille. Les parents et les tuteurs peuvent inscrire les enfants à charge de moins de 18 ans de leur unité familiale. Les enfants de 18 ans et plus vivant au domicile de leurs parents ou ailleurs doivent s'inscrire eux-mêmes.

Au 30 juin 2002, il y avait 1 024 827 personnes inscrites en Saskatchewan.

3.3 Autres catégories de personnes

Les autres catégories de personnes également admissibles à la couverture des services de santé assurés comprennent les personnes autorisées à entrer et à demeurer au Canada en vertu soit d'un permis de travail, d'un permis de séjour pour étudiants ou d'un permis du

ministre délivré par Citoyenneté et Immigration Canada. La famille qui les accompagne peut aussi être admissible à la couverture des services de santé assurés.

Les réfugiés sont admissibles sur confirmation de leur statut au sens de la Convention combinée soit à un permis de travail ou de séjour pour étudiants, à un permis du ministre ou à un dossier de « résident permanent » (c'est-à-dire d'immigrant ayant obtenu le droit d'établissement).

En date du 30 juin 2002, il y avait 3 906 résidents temporaires inscrits au régime de Santé Saskatchewan.

4.0 Transférabilité

4.1 Délai minimal de résidence

En général, les personnes assurées dans une autre province ou un territoire qui déménagent en Saskatchewan sont admissibles à compter du premier jour du troisième mois suivant l'établissement de la résidence. Cependant, quand l'un des conjoints arrive avant l'autre, l'admissibilité du conjoint arrivé le premier est établie en fonction de la date la plus tôt entre celle du premier jour du troisième mois suivant l'arrivée du second conjoint et celle du premier jour du treizième mois suivant l'établissement de résidence du premier conjoint.

4.2 Couverture durant des absences temporaires (au Canada)

L'article 3 des Medical Care Insurance Beneficiary and Administration Regulations, règlement afférent à *The Saskatchewan Medical Care Insurance Act*, décrit la transférabilité de l'assurance-santé fournie aux résidents de la Saskatchewan lorsqu'ils sont absents temporairement de la province mais qu'ils restent au Canada. Aucune modification n'a été apportée à cette loi au cours de 2002-2003.

La couverture continue durant une telle période d'absence temporaire est conditionnelle à l'intention de la personne inscrite 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 (une confirmation écrite du statut d'étudiant à temps plein, fournie par le registraire, est exigée annuellement);
- ❑ emploi : jusqu'à 12 mois (aucun document requis);
- ❑ vacances et voyage : jusqu'à 12 mois.

L'article 6.6 de *The Department of Health Act* prévoit l'autorisation du paiement des services hospitaliers, à titre de malades hospitalisés, aux bénéficiaires de la Saskatchewan temporairement à l'extérieur de la province.

L'article 10 des Saskatchewan Medical Care Insurance Payment Regulations de 1994 autorise le paiement des services médicaux aux bénéficiaires de la Saskatchewan temporairement à l'extérieur de la province.

Concernant la facturation, la Saskatchewan a conclu des ententes bilatérales réciproques avec toutes les provinces pour les services hospitaliers et avec toutes les provinces, sauf le Québec, pour les services médicaux. Les tarifs payés sont ceux de la province hôte.

Les paiements ou remboursements versés à des médecins du Québec pour des services fournis à des résidents de la Saskatchewan sont effectués selon les honoraires de la Saskatchewan (Saskatchewan Physician Payment Schedule).

En 2002-2003, les dépenses pour les services médicaux assurés fournis dans d'autres provinces ont été de 16,95 millions de dollars et celles pour les services hospitaliers assurés fournis dans d'autres provinces ont été de 30,59 millions de dollars.

4.3 Couverture durant des absences temporaires (à l'étranger)

L'article 3 des Medical Care Insurance Beneficiary and Administration Regulations, règlement afférent à *The Saskatchewan Medical Care Insurance Act*, décrit la transférabilité de l'assurance-santé accordée aux résidents de la Saskatchewan lorsqu'ils sont temporairement absents du Canada.

La couverture continue des étudiants, des travailleurs temporaires et des vacanciers et voyageurs durant une période d'absence temporaire du Canada est conditionnelle à l'intention de la personne inscrite de retourner résider en Saskatchewan immédiatement après la période d'absence approuvée, selon les modalités qui suivent :

- ❑ étudiants : pour la durée des études dans un établissement d'enseignement reconnu (une confirmation écrite du statut d'étudiant à temps plein, signée par le registraire, est exigée chaque année);
- ❑ emploi : jusqu'à 24 mois (une confirmation écrite de l'employeur est exigée);
- ❑ vacances et voyage : jusqu'à 12 mois.

L'article 6.6 de *The Department of Health Act* comprend les clauses selon lesquelles un résident est admissible à la couverture de l'assurance-santé lorsqu'il est temporairement à l'extérieur du Canada. En résumé, un résident est admissible aux services hospitaliers médicalement nécessaires au tarif de 100 \$ par jour pour un malade hospitalisé et de 50 \$ par jour pour la visite d'un malade externe.

En 2002-2003, la somme de 1 891 800 \$ a été payée pour les services hospitaliers fournis aux malades hospitalisés et la somme de 359 400 \$ a été dépensée pour les services hospitaliers donnés aux malades externes, à l'extérieur du Canada. En 2002-2003, 1 129 300 \$ ont été dépensés pour des services assurés donnés par des médecins à l'extérieur du pays.

4.4 Nécessité d'une approbation préalable

À l'extérieur de la province

Le ministère de la Santé de la Saskatchewan couvre la plupart des soins hospitaliers et médicaux reçus au Canada par les résidents de la province par le truchement d'une entente de facturation réciproque. Grâce à cette entente, les résidents n'ont pas besoin d'une approbation préalable et ne seront pas facturés pour la plupart des services reçus dans les autres provinces ou territoires lors de voyages au Canada. Les frais de déplacement, les repas et l'hébergement ne sont pas couverts.

L'entente de facturation réciproque pour les services médicaux s'applique à toutes les provinces à l'exception du Québec. Les factures des médecins sont soumises et le ministère de la Santé de la Saskatchewan rembourse les services assurés obtenus au Québec aux taux fixés en Saskatchewan. Toutefois, les services seront remboursés aux taux du Québec si une approbation préalable est accordée.

Une approbation préalable est requise pour les services suivants offerts à l'extérieur de la province :

- ❑ traitement pour alcoolisme ou toxicomanie, services de santé mentale et pour joueurs compulsifs;
- ❑ chirurgie de la cataracte, ostéodensitométrie (à l'extérieur des hôpitaux) et imagerie par résonance magnétique (IRM), parce que le ministère de la Santé de la Saskatchewan ne couvre habituellement pas ces services s'ils sont obtenus à l'extérieur de la province.

Avant que le ministère de la Santé finance les services reçus par un résident de la Saskatchewan dans une autre province ou un territoire, le spécialiste du patient doit avoir obtenu une approbation préalable du Ministère.

À l'extérieur du pays

Une approbation préalable est requise pour les services suivants offerts à l'extérieur du pays :

- ❑ Si un médecin spécialiste aiguille un patient vers l'extérieur du Canada pour un traitement non disponible en Saskatchewan ou dans une autre province, le spécialiste traitant doit d'abord demander une approbation du régime de soins médicaux du ministère de la Santé de la Saskatchewan. Les demandes de traitement du cancer à l'extérieur du pays doivent être approuvées par la Saskatchewan Cancer Agency. Si l'approbation est accordée, le ministère de la Santé de la Saskatchewan couvrira les frais du traitement, à l'exception de tout élément non couvert en Saskatchewan.
- ❑ Le ministère de la Santé de la Saskatchewan ne couvre pas habituellement les services non urgents, qu'il s'agisse de soins hospitaliers ou médicaux, de services d'optométrie ou de chiropractie. Une approbation préalable est donc requise.

5.0 Accessibilité

5.1 Accès aux services de santé assurés

Afin de garantir que des obstacles financiers n'entravent ou n'empêchent pas l'accès aux services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire assurés, il n'est pas permis, en Saskatchewan, que les médecins ou les chirurgiens-dentistes surfacturent ni que les hôpitaux exigent des frais modérateurs pour les services de santé assurés.

Le Saskatchewan Human Rights Code (charte des droits de la personne de la Saskatchewan) interdit la discrimination dans la prestation de services publics (ce qui inclut les services de santé assurés) fondée sur la race, la croyance, la religion, la couleur, le sexe, l'orientation sexuelle, la situation de famille, l'état matrimonial, l'invalidité, l'âge, la nationalité, l'ascendance ou le lieu d'origine.

5.2 Accès aux services hospitaliers assurés

En date du 31 mars 2003, la Saskatchewan comptait 66 hôpitaux de soins actifs, avec une capacité de 3 129 lits (2 544 lits pour soins actifs, 241 lits pour soins psychiatriques et 344 autres lits).

Le centre de réadaptation de Wascana disposait de 43 lits pour soins de réadaptation et de 205 lits pour soins prolongés. Des soins de réadaptation sont également offerts dans une unité de réadaptation gériatrique d'un centre hospitalier de soins actifs et dans deux établissements de soins spécialisés.

Le ministère ne recueille pas d'information sur les lits pour soins actifs utilisés pour les services en clinique externe.

Santé Saskatchewan continue à accorder une priorité absolue au fait de maintenir en poste et d'attirer les intervenants clés en matière de santé, comme les infirmières et infirmiers. Il s'avère difficile de recenser le nombre réel de personnes qui œuvrent au sein des professions de la santé étant donné que les gens se

déplacent et changent d'emploi, d'horaires de travail, voire de carrière.

On peut mesurer notre effectif en santé en comptant le nombre d'intervenants autorisés dans la province. C'est ce que font les organismes de réglementation des professions en Saskatchewan chaque année. Une bonne partie des données recueillies sont transmises à l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), ce qui permet d'effectuer des comparaisons entre les provinces.

Selon les trois organismes de réglementation des soins infirmiers en Saskatchewan, la province comptait 11 940 personnes œuvrant en soins infirmiers en 2002, une hausse globale comparativement aux 11 914 recensées en 2001. Le nombre d'infirmières et infirmiers et le rapport infirmières et infirmiers-population provinciale se sont stabilisés au cours des cinq dernières années. Il s'agit d'une tendance positive. D'autres tendances comme le vieillissement de l'effectif infirmier indiquent que nous devons poursuivre nos efforts de maintien en poste et de recrutement des infirmières et infirmiers.

Il est encourageant de constater que les diplômés en nursing sont plus enclins à rester dans la province. Depuis les deux dernières années environ, notre province a conservé en poste environ 80 p.100 des diplômés issus de notre programme de formation en nursing.

Le nombre d'infirmières et infirmiers autorisés (IA) par habitant en Saskatchewan était de 81,8 pour 10 000 habitants en 2002, taux supérieur à la moyenne canadienne (73,4 pour 10 000 habitants). Cela représente également une légère baisse comparativement à 1998 pour la Saskatchewan (82,4). On constate, en outre, un grand écart entre les taux observés à l'intérieur du Canada, qui s'échelonnent de 65 pour 10 000 en Ontario à 117,6 dans les Territoires du Nord-Ouest.

Les initiatives suivantes ont été mises en œuvre pour favoriser le maintien en poste et améliorer le recrutement du personnel infirmier en 2002-2003 :

- Un programme de bourses pour les infirmières et infirmiers de 500 000 \$ a été offert aux personnes qui étudient pour devenir infirmière ou infirmier autorisé, infirmière ou infirmier auxiliaire autorisé ou infirmière ou infirmier psychiatrique autorisé.

La province a instauré des bourses pour infirmière ou infirmier praticien de première ligne à l'intention des personnes qui étudient pour devenir infirmières ou infirmiers praticiens en Saskatchewan.

- ❑ Un programme de nursing dans les régions du Nord à l'intention des étudiantes autochtones offert par l'intermédiaire de la First Nations University of Canada a été instauré, ce qui ajoute 40 places à celles qu'offre actuellement le Nursing Education Program of Saskatchewan (NEPS).
- ❑ L'accès au NEPS a été amélioré par des mesures d'enseignement à distance, offertes pour la première année au complet du programme. On explore la possibilité de mettre sur pied un deuxième diplôme pour le programme de baccalauréat en sciences infirmières.
- ❑ Au cours des trois dernières années, 860 000 \$ en tout ont été versés à des projets liés aux lieux de travail de qualité, à l'élargissement du travail occasionnel et au maintien en fonction des diplômées en soins infirmiers. On a évalué les projets pilotes du programme des lieux de travail de qualité et ajouté au programme de nouveaux sites à d'autres endroits de la province.
- ❑ Santé Saskatchewan a financé un projet visant à former des infirmières et infirmiers d'expérience pour agir comme mentors auprès des étudiantes qui acquièrent une expérience clinique. Cette initiative comprend un atelier à l'intention des infirmières et infirmiers d'expérience, un allègement de la charge de travail des infirmières et infirmiers qui s'occupent des étudiantes et étudiants et un programme de reconnaissance approprié.
- ❑ Santé Saskatchewan a financé l'exploration des défis à relever et des possibilités à exploiter pour accroître la satisfaction au travail et l'avancement professionnel des infirmières et infirmiers en exercice.
- ❑ La province a organisé un atelier d'une journée du Saskatchewan Communication Network (SCN) intitulé « Creating High Quality Health Care Workplaces ». Plus de 600 personnes ont participé à cette manifestation qui s'est déroulée dans 30 sites répartis dans l'ensemble de la province.
- ❑ La province a fourni 1,25 million de dollars pour définir une approche coordonnée de l'éducation permanente et du

perfectionnement à l'intention des fournisseurs de soins de santé axée sur l'éducation clinique, la formation spécialisée et le développement du leadership.

- ❑ Le programme de recrutement « I choose Saskatchewan » de Santé Saskatchewan a été diffusé dans un certain nombre de publications durant l'exercice financier.
- ❑ Les autorités sanitaires régionales ont mis en œuvre diverses stratégies de maintien en fonction et de recrutement à l'intention des infirmières et infirmiers.
- ❑ Des lignes directrices provinciales en matière de planification des ressources humaines dans le domaine de la santé ont été formulées et serviront de fondement à l'élaboration de stratégies et d'initiatives futures. On a déterminé des attentes et des indicateurs relatifs au rendement des ressources humaines qui formeront la base des cadres de responsabilisation entre les tierces parties importantes et la province.
- ❑ Santé Saskatchewan a collaboré avec les Relations gouvernementales et les Affaires autochtones de la Saskatchewan et divers partenaires dans le domaine du nursing afin d'élargir le Saskatchewan Immigrant Nominee Program aux professions en sciences infirmières.
- ❑ Un certain nombre d'initiatives de soutien aux étudiants autochtones dans les disciplines de la santé, y compris le Northern Access to Nursing Program et l'initiative de développement d'une carrière en nursing, se sont poursuivies.

Outre les infirmières et infirmiers et les médecins, le réseau de la santé compte sur un large éventail de professionnels de la santé pour offrir des services de qualité. Les données sur les inscriptions de ces professionnels, qui comprennent les technologues, les thérapeutes et les pharmaciens, indiquent que le nombre de personnes travaillant en Saskatchewan a augmenté, pour la plupart des professions, depuis les dix dernières années.

En ce qui a trait à la disponibilité du matériel et des services choisis pour le diagnostic, les soins médicaux, la chirurgie et le traitement dans les établissements fournissant les services hospitaliers assurés :

- ❑ les appareils d'imagerie par résonance magnétique (IRM) sont situés à Saskatoon (2) et à Regina (1);

- ❑ les appareils de tomodensitométrie sont disponibles à Saskatoon (3), à Regina (3), à Prince Albert (1) et à Swift Current/Moose Jaw (1);
- ❑ la dialyse rénale est offerte à Saskatoon, à Regina, à Lloydminster, à Prince Albert, à Tisdale, à Yorkton et à Swift Current;
- ❑ des services de traitement du cancer sont offerts par les deux cliniques anticancéreuses de la Saskatchewan Cancer Agency, le Saskatoon Cancer Centre et l'Allan Blair Cancer Agency à Regina. En 2002-2003, environ 4 300 nouveaux patients ont entrepris un traitement anticancéreux et environ 50 000 traitements ont été administrés à de nouveaux patients et à des patients faisant l'objet d'une révision;
- ❑ vingt et un sites participent au programme communautaire d'oncologie qui permet aux malades de recevoir de la chimiothérapie et d'autres soins de soutien plus près de leur domicile, tout en maintenant un lien étroit avec les experts des centres anticancéreux de Regina et de Saskatoon;
- ❑ environ 71 p.100 des services de chirurgie sont fournis à Saskatoon et à Regina, où sont en place des médecins et du personnel spécialisés ainsi que l'équipement permettant d'offrir une gamme complète de services chirurgicaux. Six hôpitaux de taille moyenne situés à Prince Albert, à Moose Jaw, à Yorkton, à Swift Current, à North Battleford et à Lloydminster offrent 23 p.100 de plus de services de chirurgie; les services qui restent sont offerts dans de plus petits hôpitaux de l'ensemble de la province;
- ❑ des liens de télésanté continuent de permettre aux résidents d'un certain nombre de régions rurales et éloignées d'accéder à un spécialiste, à un médecin de famille et à d'autres fournisseurs de services de santé sans qu'ils aient à se déplacer sur de longues distances.

En 2002-2003, un certain nombre de mesures ont été prises pour améliorer l'accès aux services hospitaliers assurés. Les voici :

- ❑ L'accès aux services d'imagerie médicale spécialisée, notamment les services d'IRM, les test de tomodensitométrie et de teneur minérale de l'os, ainsi que leur utilisation, a pris de l'ampleur en Saskatchewan au cours de l'exercice 2002-2003. Au cours de cette période, environ 13 000 IRM et environ

72 000 tests de tomodensitométrie ont été effectués.

- ❑ L'accès aux services de dialyse rénale continue de s'améliorer avec l'ouverture prévue à l'automne 2003 d'un centre satellite de dialyse au Battleford's Union Hospital.
- ❑ Le 30 juin 2000, le Réseau de télésanté du Nord (RTN), projet pilote de 12 mois, a pris fin. Le projet a été mené en partenariat par le ministère de la Santé de la Saskatchewan et six districts de santé. Une évaluation externe a établi que le réseau a amélioré l'accès aux services pour les patients et les clients, particulièrement en pédopsychiatrie et en dermatologie. Le nombre de cliniques spécialisées dans le Nord est demeuré stable, ce qui signifie que le RTN a facilité l'accès aux spécialistes sans augmenter leurs déplacements.
- ❑ Le RTN s'est avéré un outil efficace pour la consultation clinique et le perfectionnement professionnel dans le nord de la Saskatchewan. Le ministère de la Santé de la Saskatchewan continue d'appuyer le réseau et a obtenu du financement (d'environ un million de dollars) de Santé Canada dans le cadre du Programme des partenariats pour l'infrastructure canadienne de la santé (PPICS) dans le but d'élargir la portée du programme de télésanté dans la province. En date du 31 mars 2003, le réseau de télésanté avait été établi dans 12 sites de 10 localités.
- ❑ Les cliniques consacrées à l'insuffisance rénale chronique établies à l'été 2001 dans les régions de Regina et de Saskatoon continuent de croître. Ces cliniques ont pour objet de retarder la nécessité de la dialyse et de mieux préparer les clients à choisir le traitement – hémodialyse, dialyse péritonéale ou dialyse à domicile, ou transplantation.
- ❑ La Cancer Agency est responsable du programme provincial de dépistage du cancer du sein. Le programme de dépistage est réparti entre sept sites dans la province et une unité mobile de mammographie qui se rend dans les collectivités non desservies par un site permanent. Le programme de dépistage a le plus haut taux de participation au Canada, desservant plus de 36 000 à 40 000 femmes par année.
- ❑ La Cancer Agency est en voie de formuler et de mettre en œuvre le programme de dépistage du cancer du col. Voici quelles seront les composantes du programme :

- un système d'information complet;
- des stratégies de recrutement et de rappel;
- des mécanismes de communication des résultats;
- la gestion de la qualité des soins offerts aux patients ou aux clients;
- un processus d'assurance de la qualité.

Si certaines composantes du programme devraient être achevées en 2003, le programme devrait être pleinement opérationnel en 2004.

- Le programme provincial de transplantation de cellules souches continue à prendre de l'essor. En 2001-2002, le programme a été élargi pour comprendre la transplantation d'organes allogéniques (c'est-à-dire l'infusion de cellules souches compatibles avec les tissus d'un donneur apparenté). La prestation de ce service spécialisé permet de faire en sorte qu'un plus grand nombre de patients atteints du cancer soient traités efficacement plus près de leur domicile, réduisant ainsi le fardeau financier et émotif associé aux déplacements sur de longues distances pour obtenir un traitement.
- Le ministère de la Santé de la Saskatchewan continue de consacrer beaucoup de temps et de ressources pour traiter des questions reliées aux listes d'attente.
- Le ministère de la Santé de la Saskatchewan continue de participer au projet des listes d'attente de l'Ouest du Canada (WCWL) en collaboration avec 19 organisations partenaires des quatre provinces de l'Ouest. Le projet favorise la collaboration avec les médecins, le public, les autorités sanitaires régionales et les gouvernements en vue d'élaborer et de mettre à l'essai des outils d'évaluation clinique. Ces outils permettront aux médecins de revoir systématiquement la priorité concernant les patients en attente des interventions médicales suivantes : le remplacement total ou partiel de la hanche ou du genou, la chirurgie de la cataracte, une chirurgie générale, des services de pédopsychiatrie et des examens par IRM. Chaque outil a fait l'objet d'essais pilotes dans une région sanitaire de l'Ouest du Canada, l'objectif principal étant d'arriver à mieux dégager la validité et le potentiel de mise en œuvre de chaque outil.

- L'importance et le potentiel des cinq outils d'évaluation mis au point grâce au partenariat des WCWL ont été largement reconnus et leur utilisation par les cliniciens, les autorités sanitaires et les ministères fait l'objet d'un examen sérieux dans tous les territoires et les provinces de l'Ouest canadien.
- Les constatations et les recommandations préliminaires du rapport intitulé « Surgical Wait List Management; A Strategy for Saskatchewan » ont servi de fondement à la stratégie sur les listes d'attente décrite dans le plan d'action relatif à la santé rendu public par le gouvernement en décembre 2001.
- La stratégie sur les listes d'attente décrite dans le nouveau plan d'action a pour objet d'assurer que les patients qui attendent une intervention chirurgicale en Saskatchewan reçoivent les soins dont ils ont besoin dans des délais qui conviennent sur le plan clinique et de façon juste et équitable.
- Le Saskatchewan Surgical Care Network (SSCN), établi en mars 2002 en vue d'assurer qu'une variété de perspectives sont appliquées aux importantes tâches que constituent l'évaluation des questions d'accès aux interventions chirurgicales dans l'ensemble de la province et la détermination de la façon de les régler, a vu de près à la mise en œuvre de plusieurs initiatives touchant le système des soins chirurgicaux.
- En janvier 2003, avait lieu l'inauguration du site Web sur les opérations chirurgicales de la province (www.saskurgery.ca). Les patients peuvent y obtenir de l'information sur le délai d'attente pour leur intervention particulière. On y a également annoncé la nomination de coordonnateurs des soins chirurgicaux pour les autorités sanitaires régionales de Regina/Qu'Appelle et de Saskatoon. Un coordonnateur des soins chirurgicaux facilite la communication entre la région, les patients et les médecins traitants. D'autres régions sanitaires ont fait connaître des personnes-ressources clés pour les soins chirurgicaux rendus dans leur collectivité.
- En 2002-2003, on a poursuivi la mise au point d'un système de registre provincial des patients en attente d'une chirurgie. La mise à l'essai d'un registre s'est amorcée en janvier 2003 dans la région sanitaire de Five Hills. D'ici l'automne 2003, ce registre permettra de retracer tous les patients de la province

en attente d'une chirurgie et produira des rapports précis qui viendront appuyer le processus décisionnel des médecins, des régions sanitaires et de Santé Saskatchewan.

- La mise au point d'un nouveau processus d'évaluation des patients arrive à sa fin; il sera mis en œuvre dans l'ensemble de la province afin d'améliorer l'uniformité et l'équité des soins chirurgicaux offerts à tous les patients de la Saskatchewan.
- En 2002-2003, le gouvernement provincial a continué de consentir des fonds aux quatre plus importantes régions sanitaires de la province à même le fonds pour les listes d'attente pour des services chirurgicaux de 13 millions de dollars créé en août 1999 afin de régler les questions liées aux listes d'attente et de réduire le temps d'attente pour les services assurés. Les fonds servent à acheter de l'équipement supplémentaire, à augmenter le temps de salle d'opération disponible, à financer des initiatives de recrutement du personnel, de maintien de l'effectif et de formation et à mettre en place des initiatives de coordination et de gestion de l'utilisation.

5.3 Accès aux services médicaux et de chirurgie dentaire assurés

En date du 31 mars 2003, la province comptait 1 636 médecins actifs titulaires d'un permis d'exercice de la médecine et admissibles à la participation au régime de soins médicaux. De ce nombre, 936 (57,2 p.100) étaient des médecins de famille et 700 (42,8 p.100) étaient des spécialistes. Ce virage vers un plus grand nombre de spécialistes durant les deux dernières années que par les années passées résulte de l'inclusion de « spécialistes agréés à l'étranger » dans la catégorie à laquelle ne figuraient que les spécialistes agréés au Canada.

En date du 31 mars 2003, environ 346 dentistes et chirurgiens-dentistes pratiquaient dans tous les principaux centres de la Saskatchewan. Quatre-vingt-quatorze dentistes offraient des services assurés en vertu du régime de soins médicaux.

En 2002-2003, un certain nombre d'initiatives en cours ou nouvelles visaient à améliorer l'accès aux services médicaux assurés et à

réduire les temps d'attente. En voici quelques-unes :

- Programme de maintien en poste à long terme – ce programme récompense les médecins qui travaillent dans la province pour au moins dix ans.
- Programme de couverture des spécialistes de salle d'urgence – ce programme a été établi le 1^{er} juillet 2001 afin de rémunérer les médecins spécialistes qui offrent de leur temps pour couvrir la salle d'urgence dans les établissements de soins actifs.
- Programme de formation et de réintégration – ce programme accorde annuellement deux bourses à des médecins de famille pratiquant en milieu rural qui souhaitent suivre une formation spécialisée et exige que les médecins s'engagent à retourner à leur travail par la suite.
- Financement pour le recrutement et le maintien en poste de nouveaux spécialistes – ce programme offre du financement pour de nouvelles initiatives en plus du financement déjà offert aux autorités sanitaires régionales de Regina et de Saskatoon.
- Coordonnateur du recrutement des médecins – le coordonnateur du recrutement des médecins assiste les régions rurales et les médecins dans le recrutement de médecins.
- Programme de couverture des salles d'urgence et de répit pendant les fins de semaine – les médecins pratiquant en milieu rural sont soutenus par un programme intégré de couverture des salles d'urgence et de répit pendant les fins de semaine qui sert à rémunérer les médecins qui couvrent les salles d'urgence dans les régions rurales et à aider les collectivités qui disposent de moins de trois médecins à embaucher d'autres médecins pour donner un répit durant les fins de semaine aux médecins en place.
- Programme de subventions pour l'établissement d'une pratique en milieu rural – ce programme offre des subventions de 18 000 \$ aux médecins formés au Canada ou admis comme immigrants qui établissent, pour un minimum de 18 mois, de nouveaux cabinets dans les régions rurales de la Saskatchewan.
- Programme de bourses d'études pour médecins résidents – ce programme fournit

des bourses d'études de 18 000 \$ à trois médecins de famille résidents afin de les aider à faire face aux dépenses reliées à la formation médicale en retour d'un engagement à pratiquer en milieu rural.

- Programme de bourses d'études pour étudiants en médecine du premier cycle – ce programme offre une bourse annuelle de 25 000 \$ aux étudiants en médecine qui, en retour, s'engagent par écrit à pratiquer dans une collectivité rurale.
- Programme de formation pour l'amélioration de la pratique en milieu rural – ce programme fournit un remplacement du revenu aux médecins pratiquant en milieu rural et une assistance aux médecins résidents qui désirent suivre une formation spécialisée dans un domaine en demande dans les régions rurales de la Saskatchewan. Un engagement de retour au travail est exigé.
- Programme d'enseignement médical continu portant sur les urgences en milieu rural – ce programme fournit des fonds aux médecins pratiquant en milieu rural désireux d'obtenir une attestation de certification ou de recertification de leurs compétences en soins d'urgence et en gestion du risque. Les médecins acceptés sont tenus d'offrir leurs services dans une région rurale de la Saskatchewan après avoir terminé un programme éducatif.
- Programme de répit pendant les fins de semaine accordé par des médecins résidents – ce programme assortit des résidents de deuxième année en médecine familiale à des médecins des plus grandes collectivités rurales qui désirent obtenir un répit pendant les fins de semaine.
- Programme de service de suppléance – la Saskatchewan Medical Association reçoit un financement pour offrir un service de suppléance afin d'accorder un répit aux médecins lorsqu'ils prennent un congé pour des vacances, de la formation ou pour toute autre raison.
- Programme des services d'autres modes de paiement et de soins primaires – un soutien est accordé aux initiatives incitant les médecins à recourir à des professionnels de la santé associés et favorisant l'amélioration de l'intégration des services médicaux aux autres services communautaires.

- Programme de services médicaux du Nord – ce programme est une démarche tripartite du ministère de la Santé de la Saskatchewan, de Santé Canada et de l'Université de la Saskatchewan pour aider à stabiliser la disponibilité en médecins dans le nord de la Saskatchewan.
- Programme rural de congé prolongé – ce programme soutient les médecins pratiquant en milieu rural qui veulent mettre à jour leurs compétences et leurs connaissances dans des domaines comme l'anesthésie, l'obstétrique et la chirurgie, en leur remboursant les frais de scolarité et le manque à gagner pour une période allant jusqu'à six semaines.
- Programme d'aide de voyage en milieu rural – ce programme fournit une aide de voyage aux médecins des régions rurales qui participent à des activités éducatives.
- Réseau de télésanté du Nord – ce réseau de télésanté fournit aux médecins des régions éloignées ou isolées un accès à des collègues, à une expertise spécialisée et à de l'éducation permanente.

5.4 Rémunération des médecins

Le processus de négociation avec les médecins et les dentistes des ententes sur la rémunération des services assurés est décrit à l'article 48 de *The Saskatchewan Medical Care Insurance Act* comme suit :

- un comité d'étude de la rémunération médicale est mis sur pied dans les quinze jours suivant l'émission soit par la Saskatchewan Medical Association ou le gouvernement de l'avis de commencer les discussions sur une nouvelle entente;
- chaque partie ne doit pas nommer plus de six représentants au comité;
- l'objectif du comité est de préparer une entente satisfaisante pour les parties en ce qui concerne les services assurés;
- dans l'impossibilité de parvenir à une entente satisfaisante, la question peut être renvoyée au conseil d'étude de la rémunération médicale, formé d'une personne nommée par chaque partie; ces personnes choisissent, tour à tour, un troisième membre;
- le conseil a le pouvoir de prendre des décisions qui lient les parties en cause.

En décembre 2000, une nouvelle entente de trois ans (rétroactive au 1^{er} avril 2000) a été négociée avec succès avec la Saskatchewan Medical Association. Elle prévoit une hausse de 3 p.100 par année au Physician Payment Schedule. Des hausses similaires ont aussi été octroyées aux médecins non rémunérés à l'acte. En outre, l'entente prévoit un financement accru pour de nouveaux postes et la modernisation du barème des paiements.

L'article 6 des Saskatchewan Medical Care Insurance Payment Regulations (1994) décrit l'obligation du ministre de la Santé d'effectuer le paiement des services assurés conformément au Physician Payment Schedule et au Dentist Payment Schedule.

La formule de rémunération à l'acte est la méthode de rémunération des médecins la plus largement utilisée pour les services de santé assurés en Saskatchewan, bien qu'on utilise à aussi les méthodes de rémunération à la vacation, de paiement de salaire, de paiement par capitation et un mélange de ces méthodes. La méthode de rémunération à l'acte est le seul mécanisme de paiement des dentistes pour les services de chirurgie dentaire assurés.

5.5 Paiements aux hôpitaux

En 2002-2003, le financement versé aux autorités sanitaires régionales a été établi à partir des niveaux de financement antérieurs corrigés en fonction de l'inflation, des coûts des conventions collectives et des hausses d'utilisation. Chaque autorité sanitaire régionale reçoit un budget global et a la responsabilité d'affecter les fonds de manière à répondre aux besoins en services et aux priorités déterminés au moyen de ses processus d'évaluation des besoins. Les autorités sanitaires régionales peuvent recevoir des fonds additionnels pour la réalisation de programmes hospitaliers spécialisés (par ex., la dialyse rénale, les services spécialisés d'imagerie médicale, les services respiratoires spécialisés) ou pour la prestation de services aux résidents d'autres régions sanitaires.

Les paiements aux autorités sanitaires régionales pour la prestation de services sont effectués en vertu de l'article 8 de *The Regional Health Services Act*. Cette loi donne au ministre de la Santé le pouvoir d'accorder des subventions aux autorités sanitaires régionales

et aux organismes fournisseurs de soins de santé pour les besoins de la Loi et d'organiser la prestation des services dans l'une ou l'autre des régions de la Saskatchewan, s'il y va de l'intérêt public de le faire.

En 2002-2003, les fonds destinés à régler les problèmes de listes d'attente pour ceux qui doivent subir une opération chirurgicale ont été alloués aux quatre plus grandes autorités sanitaires régionales. On a demandé à chaque région de présenter un montant maximal à dépenser pour l'équipement essentiel et un plan d'allocation de l'équipement, le reste des fonds devant servir à des initiatives opérationnelles visant à augmenter la capacité chirurgicale et le débit. Les régions ont dû rapporter toutes les dépenses et tous les changements en ce qui concerne les volumes de services résultant du financement additionnel.

Les autorités sanitaires régionales produisent un rapport annuel sur les résultats financiers totaux de leurs opérations.

6.0 Reconnaissance accordée aux transferts fédéraux

Le gouvernement de la Saskatchewan a reconnu publiquement les contributions fédérales fournies au titre du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux dans le rapport annuel de 2002-2003 du ministère de la Santé, le budget annuel 2002-2003 et dans les documents connexes, dans ses Comptes publics 2002-2003 et dans ses rapports financiers trimestriels et de mi-année. Ces documents ont été déposés à l'Assemblée législative et mis à la disposition des résidents de la Saskatchewan.

Les contributions fédérales ont aussi été reconnues par l'entremise du site Web du ministère de la Santé de la Saskatchewan, de communiqués de presse, de documents de discussion, de discours et de remarques faites au cours de diverses conférences, réunions et tribunes sur la politique publique. L'aide financière fédérale a également été reconnue dans les rapports d'étape du plan d'action publiés au printemps et à l'automne de 2002.

7.0 Services complémentaires de santé

En date du 31 mars 2003, le gouvernement provincial offrait un éventail de services de santé complémentaires, dont des services de soins en établissement de longue durée pour les résidents de la Saskatchewan, certains services de santé communautaires tels que les soins à domicile, ainsi qu'un large éventail de programmes en matière de santé, de soutien social, de traitement de la toxicomanie et de prestations pharmaceutiques.

Services de soins courants dans les foyers de soins infirmiers

- Les foyers de soins spéciaux assurent des services de soins de longue durée pour répondre aux besoins des personnes qui nécessitent surtout des soins assidus. On y offre des soins et de l'hébergement, des soins de relèvements, des programmes de jour, des soins de nuit, des soins palliatifs et, dans certains cas, des services de convalescence. Ces établissements sont financés par l'État par l'entremise des autorités sanitaires régionales et sont régis conformément à *The Housing and Special-care Homes Act* et au règlement afférent.
- Les services de santé publique des autorités sanitaires régionales prévoient l'immunisation des résidents des établissements de soins de longue durée et autres établissements résidentiels semblables. Le ministère de la Santé de la Saskatchewan achète les vaccins et les offre gratuitement aux services de santé publique. La mesure s'applique aux vaccins antigrippal et antipneumococcique.

Services de soins à domicile

- Le programme de soins à domicile représente une option pour les personnes qui ont une maladie ou une invalidité de courte ou de longue durée qui peuvent demeurer dans leur propre maison plutôt qu'être admises dans un établissement de soins. Le programme de soins à domicile est conçu pour fournir des soins et des services aux personnes qui nécessitent des soins palliatifs, des soins de courte durée ou de soutien. Les services comprennent

l'évaluation et la coordination des soins, des soins infirmiers, des soins personnels, des soins de relèvements, des services d'entretien, de repas, d'entretien ménager, des services thérapeutiques et bénévoles. Le Programme de soins à domicile a récemment annoncé l'option d'un financement individualisé. Cette option prévoit le versement d'un financement directement aux personnes afin qu'elles puissent organiser et gérer leurs propres services de soutien. Le programme de soins à domicile est régi par *The Regional Health Services Act*.

Service de soins ambulatoires

- Les autorités sanitaires régionales de la Saskatchewan offrent aux collectivités une gamme complète de services de santé mentale et de services aux alcooliques et aux toxicomanes. Les services de santé mentale sont offerts conformément à *The Mental Health Services Act*.
- Les autorités sanitaires régionales de la Saskatchewan offrent des services de podologie qui comprennent des services d'évaluation, de consultation et de traitement. *The Chiropody Services Act* autorise les podologues et les podiatres à autoréglementer leur profession.
- Les autorités sanitaires régionales de Regina/Qu'Appelle et Saskatoon offrent un programme de prothèses auditives qui comprend des services d'examen de l'acuité auditive, d'évaluation des enfants à risque, ainsi que de vente, d'ajustement et d'entretien de prothèses auditives. *The Hearing Aid Act* et le règlement afférent et *The Regional Health Services Act* régissent ces programmes.
- Des thérapies de réadaptation, y compris des services d'ergothérapie, de physiothérapie et d'orthophonie, sont offertes par les autorités sanitaires régionales et viennent en aide à des gens de tous les âges afin d'améliorer leur indépendance fonctionnelle. Les services, qui comprennent l'évaluation, la consultation et le traitement, sont offerts dans des hôpitaux, des centres de réadaptation, des établissements de soins prolongés, des centres de santé communautaire, des écoles et des résidences privées. Ces programmes sont administrés conformément à *The Regional Health Services Act* et aux *Community*

Therapy Regulations, en vertu de la *Department of Health Act*.

Services offerts dans des établissements de soins spéciaux pour adultes

Services de santé mentale

- ❑ Des programmes d'appartements et des foyers de groupe offrent un continuum de soutien et d'aide aux activités de la vie aux personnes atteintes d'une maladie mentale de longue durée. Ces programmes sont régis par *The Residential Services Act*.
- ❑ Le ministère de la Santé de la Saskatchewan, en partenariat avec l'autorité sanitaire régionale de Heartland, offre un programme de réadaptation aux personnes et aux familles aux prises avec des troubles de l'alimentation. Le centre BridgePoint offre ce programme qui est actuellement régi par *The Non-profit Corporations Act* (1995) et *The Co-operatives Act* (1996).

Services aux alcooliques et aux toxicomanes

- ❑ La prestation des services aux alcooliques et aux toxicomanes relève habituellement de la *Regional Health Services Act*. Les établissements qui offrent des services résidentiels aux alcooliques et aux toxicomanes sont autorisés comme il est mentionné ci-dessous. Le ministère de la Santé de la Saskatchewan ou les autorités sanitaires régionales passent des ententes de services avec des organisations communautaires et à but non lucratif régies par *The Non-profit Corporations Act*.
- ❑ Les services de désintoxication fournissent un environnement sûr et positif dans lequel le client peut entreprendre un processus de sevrage de l'alcool ou d'autre drogue et de stabilisation. Hébergement, repas et groupes d'entraide sont offerts pour une période maximale de dix jours. Les permis d'exercice des services de désintoxication sont régis par les Adult and Youth Group Homes Regulations de *The Housing and Special-care Homes Act*.
- ❑ Des services hospitaliers sont offerts aux personnes qui ont besoin d'un programme de rétablissement intensif en raison de leur propre consommation d'alcool ou de drogues ou de celle d'autres personnes. Les services offerts comprennent des évaluations, des consultations, des programmes d'éducation

et d'entraide pour une période de quatre semaines ou plus selon les besoins de la personne. Les permis d'exercice des services hospitaliers sont régis par les Adult and Youth Group Homes Regulations de *The Housing and Special-care Homes Act*.

- ❑ Les services d'hébergement de longue durée offrent des programmes de maintien et de transition pour une période prolongée aux personnes aux prises avec une chimiodépendance et une toxicomanie. Ces établissements donnent des services de consultation, des programmes d'éducation et de prévention des rechutes dans un environnement sûr et positif. Les permis d'exercice des services d'hébergement de longue durée sont régis par les Adult and Youth Group Homes Regulations de *The Housing and Special-care Homes Act*.

8.0 Documents supplémentaires présentés à Santé Canada

- ❑ *Saskatchewan Health Annual Report, 2002-2003* (comprend le plan sur le rendement de 2003-2004).
- ❑ *Healthy People. A Healthy Province. The Action Plan for Saskatchewan Health Care*.
- ❑ *It's For Your Benefit: A Guide to Health Coverage in Saskatchewan*.

Alberta

Introduction

Engagement de l'Alberta envers le régime de santé publique : Comprendre votre régime public d'assurance-santé

L'Alberta s'est engagée à améliorer le système de santé publique des Albertains. La province offre les services médicalement nécessaires dans un système public qui respecte les principes de la *Loi canadienne sur la santé* : gestion publique, intégralité, universalité, transférabilité et accessibilité. Les services médicalement nécessaires comprennent les soins hospitaliers, les services de médecin ainsi que des services particuliers offerts par des chirurgiens dentistes et autres professionnels des soins dentaires.

Le ministère offre aussi une protection complète ou limitée pour un certain nombre d'autres services de santé, notamment :

- ❑ les soins à domicile et les soins de longue durée;
- ❑ les services de santé mentale;
- ❑ les soins dentaires et les lunettes pour les bénéficiaires des rentes au conjoint de l'Alberta et les personnes à leur charge;
- ❑ les soins palliatifs;
- ❑ les programmes d'immunisation à l'intention des enfants;
- ❑ des services paramédicaux comme l'optométrie (pour les résidents de moins de 19 ans et de plus de 64 ans), la chiropractie et la podologie; et
- ❑ l'assurance-médicaments, par l'entremise de l'Alberta Blue Cross.

La vision du ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta

« Les citoyens d'une Alberta en santé jouissent d'une santé et d'un mieux-être optimaux »

Le slogan des « Albertains en santé dans une Alberta saine » illustre bien cette vision.

Le gouvernement de l'Alberta souhaite que les Albertains :

- ❑ atteignent leur plein potentiel sur le plan de la santé dans un environnement sûr à l'aide d'un revenu suffisant, d'un logement convenable, d'une alimentation saine et d'une bonne éducation; et
- ❑ jouent un rôle reconnu à sa juste valeur au sein de leur famille, de leur milieu de travail et de leur collectivité.

Le ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta contribue à cet effort en veillant à ce que les Albertains aient un accès équitable à des services de santé et de mieux-être abordables, efficaces et appropriés, lorsqu'ils en ont besoin.

La vision exige également que les gens assument la responsabilité de leur propre santé.

La mission du ministère de la Santé et Mieux-être de l'Alberta

« Maintenir et améliorer la santé des Albertains en dirigeant les citoyens et les intervenants et en collaborant avec eux ».

Deux activités fondamentales appuient cette mission :

1. Offrir des services de santé de qualité aux Albertains.
2. Encourager et aider les Albertains à mener une vie saine.

Avancement de la réforme du système de santé en 2002-2003

Alberta Waitlist Registry (Registre des listes d'attente de l'Alberta)

La mise à l'essai du registre des listes d'attente de l'Alberta a commencé. D'ici l'automne 2003, le registre indiquera sur Internet les listes d'attente pour certains actes médicaux afin d'aider les Albertains et leurs médecins à

planifier l'endroit où ils subiront leurs interventions chirurgicales et diagnostiques.

Pharmaceutical Information Network (Réseau d'information pharmaceutique)

Deux projets pilotes du Pharmaceutical Information Network ont été menés à bien à Westlock et à Leduc. Les projets ont montré que grâce à l'utilisation de renseignements électroniques sur les médicaments, on peut prendre des décisions plus efficaces au sujet des ordonnances des patients.

Provincial Personal Health Identifier (Matricule personnel pour les soins de santé provinciaux)

Le Provincial Personal Health Identifier (PPHI) identifie chaque personne qui reçoit des services de santé en Alberta. Chaque personne a un matricule unique qui lui est propre pendant toute sa vie. Le PPHI peut servir à recueillir des données démographiques et sert de fondement à l'élaboration d'un système de dossiers de santé électroniques en l'Alberta.

Stratégie sur les soins de santé en région rurale

Un comité nommé par l'assemblée législative passe en revue les normes pour évaluer les services d'urgence et de soins actifs, les services de santé primaires, les besoins des travailleurs de la santé et l'utilisation de la technologie dans les collectivités rurales.

Collaboration et innovation

Le gouvernement de l'Alberta a accepté 49 des 50 recommandations figurant dans le rapport du comité de l'innovation et de la collaboration pour améliorer la collaboration, l'innovation et la responsabilisation des autorités sanitaires régionales de l'Alberta. De nouvelles ententes pluriannuelles sur le rendement exigeront que les autorités sanitaires régionales améliorent la collaboration et l'innovation, créent de nouveaux modèles de soins, créent des centres de spécialisation et concluent des contrats avec toute une gamme de fournisseurs offrant divers services.

Soins accessibles et de qualité

Le Ministère et ses partenaires ont exploré des moyens d'améliorer l'utilisation des professionnels de la santé et l'accès aux soins de santé :

- ❑ On élabore un plan de travail exhaustif pour attirer des professionnels de la santé et les maintenir en poste.
- ❑ La somme de 8,25 millions de dollars sera versée pour de nouveaux plans de financement qui permettront à plus de 190 médecins enseignants de consacrer plus de temps pour l'enseignement, la recherche et les soins prodigués aux patients.
- ❑ Plus de 75 professionnels de la santé formés à l'étranger ont obtenu leur résidence permanente par l'entremise du programme des candidats nommés par une province, qui accélère le processus d'immigration des professionnels étrangers.

Protection, promotion et prévention

Cette année, on a insisté sur des mesures visant à aider les Albertains à vivre sainement et à éviter les blessures et les maladies.

Campagne Healthy U

On a lancé une campagne d'information et de sensibilisation du public pour encourager les Albertains à adopter un style de vie plus sain. La campagne Healthy U comprenait des annonces à la télévision et à la radio, un supplément dans les journaux et un site Web qui dirige les visiteurs vers des renseignements fiables sur la santé.

Objectifs et stratégies en matière de santé sur dix ans

On a établi les objectifs visant à réduire le taux de maladie chronique comme les cardiopathies, les cancers et les bronchopneumopathies chroniques obstructives. On a également déterminé des stratégies pour atteindre ces objectifs d'ici 2012.

Stratégie de l'Alberta sur le diabète

On a élaboré une nouvelle stratégie pour offrir de l'aide financière aux Albertains à faible revenu, améliorer le dépistage du diabète et s'attaquer aux complications qui touchent les

Autochtones habitant à l'extérieur d'une réserve. Ce plan propose également des mesures de prévention et de nouvelles méthodes concernant le traitement et la prise en charge du diabète.

Deux nouveaux vaccins

L'Alberta a ajouté deux nouveaux vaccins à son programme d'immunisation systématique pour les enfants, qui commence à l'âge de deux mois. Ces vaccins protègent les enfants contre la méningite, de graves infections du sang et la pneumonie à un coût total annuel de 20 millions de dollars.

Stratégie de réduction du tabagisme

L'Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission (AADAC) a lancé une campagne d'information pour réduire le tabagisme en Alberta. La campagne To Tell The Truth comprenait des annonces à la télévision et à la radio ainsi qu'un magazine qui présentait les dangers du tabac. On a mis sur pied une ligne d'aide aux fumeurs sans frais pour aider les Albertains à cesser de fumer.

La *Prevention of Youth Tobacco Use Act* rend illégale la consommation ou la possession de produits du tabac dans un lieu public pour les moins de 18 ans.

Responsabilité envers les Albertains

Dans son rapport intitulé *Les soins de santé au Canada 2002*, l'Institut canadien d'information sur la santé a confirmé que les Albertains reçoivent des soins de qualité. La fiche de l'Alberta est supérieure à la moyenne canadienne à plusieurs chapitres, y compris les dépenses en matière de santé par personne, les chirurgies de remplacement des articulations et le taux de survie à une crise cardiaque.

Le rapport sur les indicateurs de la santé comparables (Report on Comparable Health Indicators) de l'Alberta révèle une baisse, en Alberta, du taux de mortalité en milieu hospitalier causé par une crise cardiaque ou un ACV, du nombre d'années potentielles de vie perdues causé par un cancer du poumon, un cancer du côlon, une crise cardiaque ou un ACV et du taux de réadmission en raison d'une crise cardiaque.

Dans le sondage annuel sur la santé, on demande aux Albertains d'évaluer le rendement de leur système de santé chaque année. On trouve des exemplaires de l'enquête annuelle et d'autres publications sur les mesures du système de santé à l'adresse suivante : www.health.gov.ab.ca/reading/publications.html

Health Services Utilization and Outcomes Commission

Une enquête menée par la Health Services Utilization and Outcomes Commission révèle que la plupart des Albertains évaluent de façon positive la qualité de leur système de santé. Ils ont également mentionné les améliorations qui doivent être apportées aux services d'urgence, à l'accessibilité des spécialistes, à la façon dont les plaintes sont traitées et à la gestion de la sécurité des patients.

La Commission étudie des modèles de pratiques des médecins de famille et l'usage des médicaments dans le système de santé.

1.0 Gestion publique

Quel est le régime d'assurance-santé de l'Alberta?

Depuis 1969, le régime d'assurance-santé de l'Alberta, défini dans l'*Alberta Health Care Insurance Plan*, offre aux Albertains des services médicalement nécessaires en milieu hospitalier et des services médicaux nécessaires fournis par des médecins, des chirurgiens-dentistes et d'autres professionnels des soins dentaires.

On trouve la *Loi sur la santé de l'Alberta* et la réglementation connexe à l'adresse suivante : www.health.gov.ab.ca/system/minister/legislation.html

Qui gère le régime et rédige les rapports?

Le régime d'assurance-santé de l'Alberta est géré par le ministère de la Santé et du Mieux-être. Le régime est sans but lucratif et est géré par le ministre de la Santé et du Mieux-être.

Chaque année au mois de septembre, le Ministère produit un rapport annuel qui documente les activités et les états financiers consolidés du Ministère pour l'exercice précédent. Le rapport annuel donne des renseignements sur les mesures prises, les principales réalisations et les résultats de toutes les évaluations du rendement clés, y compris le plan ministériel de 2002-2003.

On trouve le rapport annuel du ministère de la Santé et du Mieux-être à l'adresse suivante : www.health.gov.ab.ca/public/document/AR02_02/index.html

Le Ministère publie également un supplément statistique annuel qui présente des données sur le régime d'assurance-santé de l'Alberta. On trouve le supplément statistique à l'adresse suivante : www.health.gov.ab.ca/reading/publications.html#4

Qui veille à l'exactitude des rapports?

Le vérificateur général de l'Alberta vérifie les dossiers et les états financiers du ministère de la Santé et du Mieux-être. De plus, chaque autorité sanitaire doit fournir ses propres états financiers vérifiés, qui sont inclus dans le rapport annuel du Ministère.

Quelles sont les dépenses du régime chaque année?

En 2002-2003, le régime d'assurance-santé de l'Alberta a versé un total de 1 225 626 637 \$ pour payer la rémunération à l'acte des médecins de l'Alberta et un total de 61 714 534 \$¹ pour payer les services de santé de base offerts par les membres de professions paramédicales de l'Alberta (chirurgiens-dentistes, dentistes, chiropraticiens, optométristes et podiatres).

2.0 Intégralité

Quelle loi de l'Alberta vise les services hospitaliers offerts dans la province?

La *Hospitals Act*, le Hospitalization Benefits Regulation (AR244/90), la *Health Care Protection Act* et le Health Care Protection Regulation définissent la façon dont les services assurés sont fournis par les hôpitaux ou les établissements de chirurgie désignés en Alberta.

Statistiques sur le régime d'assurance-santé de l'Alberta

En 2002-2003, il y avait 5 206 médecins et 1 777 membres de profession paramédicale inscrits qui ont reçu des versements du régime d'assurance-santé de l'Alberta. On compte 3 124 487 résidents inscrits au régime.²

Établissement

Il y a 214 établissements de soins de santé en Alberta, y compris des hôpitaux psychiatriques et des foyers de soins infirmiers :

Il y a 100 **établissements de soins actifs** qui offrent des services de santé qui sont fournis à des personnes souffrant soudainement de troubles de santé graves qui nécessitent des soins infirmiers professionnels continus et l'observation.

Il y a 110 **centres de soins continus** qui offrent des services de santé à des résidents qui ont constamment besoin de traitement en raison d'une maladie, d'une affection ou d'une invalidité de longue durée ou chronique.

Glenrose Rehabilitative Centre est un **établissement de réadaptation** qui offre des services de santé aux personnes qui ont besoin d'une aide professionnelle pour rétablir leur

1 Ces chiffres seront considérés comme provisoires jusqu'à ce que le portefeuille ministériel de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta publie les statistiques supplémentaires de 2002-2003 sur le régime d'assurance-santé de l'Alberta.

2 Ibid.

capacité physique et leur fonctionnalité à la suite d'une maladie ou d'une blessure.

Il y a trois **établissements de soins communautaires** en Alberta : La Crete Health Centre, Paddle Prairie Community Health Centre et Rainbow Lake Community Health Centre.

Il existe deux autres types d'établissements « extra-hospitaliers » :

- ❑ **Établissements chirurgicaux extra-hospitaliers** : Établissements offrant des interventions chirurgicales n'exigeant pas un séjour de plus de 24 heures pour le réveil postopératoire ou observation – y compris des cliniques privées où se font des avortements, des chirurgies de la cataracte, ainsi que des cliniques dentaires et d'ophtalmologie. Selon le College of Physicians and Surgeons of Alberta, il y a actuellement 53 établissements chirurgicaux d'un jour extra hospitaliers accrédités par les règlements du Collège.
- ❑ **Centres de diagnostic extra-hospitaliers** : Établissements offrant des services de santé pour des interventions qui n'exigent pas un séjour de plus de 24 heures et qui permettent le dépistage et la détermination de diverses maladies ou divers troubles de santé. En 2002-2003, un total de 157 centres de diagnostic extra-hospitaliers ont touché des honoraires à l'acte du régime d'assurance-santé de l'Alberta.

Quelles lois de l'Alberta visent ces types d'établissement?

La *Health Care Protection Act* définit les règles de l'exploitation des établissements chirurgicaux et de la protection du système de santé financé et géré par le secteur public. En vertu de l'article 7 de cette loi, les établissements chirurgicaux peuvent offrir des services chirurgicaux assurés lorsqu'ils sont accrédités, qu'ils ont signé une entente avec une autorité sanitaire et que l'établissement est désigné par le Ministre.

En vertu de l'article 11, le Ministre peut désigner un établissement chirurgical pour qu'il offre des services chirurgicaux assurés précis lorsque le Ministre approuve une entente proposée avec une autorité sanitaire et qu'il est persuadé que

l'établissement chirurgical est ou sera accrédité pour offrir ses services chirurgicaux.

Le paragraphe 8(3) prévoit que le Ministre ne peut approuver une entente sauf si :

- ❑ les services chirurgicaux assurés sont conformes aux principes de la *Loi canadienne sur la santé* ;
- ❑ les services chirurgicaux sont nécessaires et devraient l'être dans l'avenir dans la région concernée;
- ❑ les services chirurgicaux proposés n'auront pas d'incidence négative sur le système de santé publique de la province;
- ❑ le public devrait bénéficier des services chirurgicaux assurés offerts;
- ❑ l'autorité sanitaire a un plan d'affaires acceptable pour payer les services;
- ❑ l'entente proposée prévoit les attentes et les évaluations du rendement;
- ❑ les médecins offrant les services devront respecter les exigences relatives aux conflits d'intérêt et en matière d'éthique de la *Medical Profession Act* et de son règlement d'application.

Comment les Albertains sont-ils protégés par la *Health Care Protection Act*?

En vertu de cette loi :

- ❑ l'exploitation d'hôpitaux privés est interdite (article 1);
- ❑ l'exploitation d'établissements chirurgicaux extra-hospitaliers est interdite sauf s'ils sont approuvés (article 2);
- ❑ « le resquillage » est interdit (article 3);
- ❑ les établissements chirurgicaux extra-hospitaliers ne peuvent imposer des frais aux patients qui reçoivent des services chirurgicaux assurés (les frais de l'établissement sont payables par l'autorité sanitaire) (article 4);
- ❑ nul ne peut exiger ou percevoir un paiement pour des biens et services médicaux accrus au delà du coût réel qu'il faut payer pour les offrir (article 5);
- ❑ aucune personne ne peut demander ou percevoir un paiement pour des biens ou services médicaux accrus, sauf si la nature des biens ou services offerts et les frais demandés sont pleinement justifiés.

Comment un hôpital est-il approuvé en Alberta?

Les hôpitaux de soins actifs et les hôpitaux auxiliaires doivent obtenir l'approbation du Ministère. Tout nouvel hôpital doit subir une évaluation des besoins régionaux, élaborer un plan de programmes et de services et effectuer une étude sur la programmation fonctionnelle de l'hôpital.

Comment un service hospitalier est-il assuré en Alberta?

L'alinéa 25(1)h de la *Health Care Protection Act* confère au Cabinet le pouvoir de déterminer si un bien ou un service particulier est un bien ou un service régulier ou accru. Le *Health Care Protection Regulation* définit les principaux services chirurgicaux, les actes chirurgicaux mineurs et les biens et services médicaux réguliers et accrus. Il faut modifier le règlement pour ajouter ou supprimer un service assuré.

Quelle loi de l'Alberta vise les services des médecins?

Les services des médecins assurés sont prévus dans le régime d'assurance-santé de l'Alberta. Seuls les médecins qui respectent les exigences de l'*Alberta Health Care Insurance Act* peuvent offrir des services assurés en vertu du régime d'assurance-santé de l'Alberta.

Avant d'être inscrit au Ministère, un médecin doit remplir des formulaires d'inscription appropriés et inclure une copie de sa licence émise par une association ou un organisme compétent, comme le College of Physicians and Surgeons of Alberta ou l'Alberta Dental Association and College.

Nombre de médecins en Alberta au 31 mars 2003

Il y avait 5 206 médecins inscrits, qui ont touché des honoraires en vertu du régime d'assurance-santé de l'Alberta — 2 841 omnipraticiens et 2 365 spécialistes.³

Les médecins peuvent-ils s'abstenir de participer au régime?

Oui, en vertu de l'article 8 de l'*Alberta Health Care Insurance Act*, les médecins peuvent s'abstenir de participer au régime d'assurance-santé de l'Alberta. Au 31 mars 2003, aucun médecin de la province ne l'avait fait.

Les services de chirurgie dentaire sont-ils assurés ?

La province assure un certain nombre d'interventions chirurgicales buccales médicalement nécessaires qui figurent dans le Schedule of Oral and Maxillofacial Surgery Benefits. Un dentiste ou un chirurgien dentiste peut effectuer quelques-unes de ces interventions, mais la plupart des interventions qui peuvent être facturées au régime d'assurance-santé de l'Alberta doivent être effectuées uniquement par un chirurgien stomatologiste.

Le total montant versé aux chirurgiens stomatologistes et aux dentistes pour les services de chirurgie dentaire assurés s'élevaient à 2 394 458 \$⁴ en 2002-2003.

Au total, 234⁵ chirurgiens stomatologistes et dentistes inscrits au régime d'assurance-santé de l'Alberta ont facturé des services dentaires assurés au régime en 2002-2003.

Les dentistes et les chirurgiens stomatologistes peuvent-ils s'abstenir de participer au régime?

En vertu de l'article 7 de l'*Alberta Health Care Insurance Act*, les dentistes et les chirurgiens stomatologistes peuvent s'abstenir de participer au régime d'assurance-santé de l'Alberta. Au 31 mars 2003, aucun dentiste ni aucun chirurgien avait effectué des interventions chirurgicales buccales en Alberta.

3 Ces chiffres seront considérés comme provisoires jusqu'à ce que le portefeuille ministériel de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta publie les statistiques supplémentaires de 2002-2003 sur le régime d'assurance-maladie de l'Alberta.

4 Ibid.

5 Ibid.

Quels services médicaux sont assurés?

Le Medical Benefits Regulation définit les services médicaux assurés. Ces services figurent dans la Schedule of Medical Benefits, qui est préparée et publiée par le Ministère et approuvée par le Ministre.

On trouve une liste complète des services médicaux assurés à l'adresse suivante : www.health.gov.ab.ca/professionals/somb.htm

Comment la liste est-elle modifiée?

Le Ministère et l'Alberta Medical Association (AMA) discutent des services assurés offerts par les médecins et de toute modification apportée à la Schedule of Medical Benefits sont convenus. Toute modification de la Schedule of Medical Benefits exige l'approbation ministérielle à la suite de négociations conjointes entre le Ministère et l'AMA.

Qu'est-ce qui n'est pas assuré?

Le paragraphe 4(1) du Hospitalization Benefits Regulation dresse la liste des services hospitaliers non assurés, qui comprennent les médicaments, services et produits qui ne sont pas jugés médicalement nécessaires et les services offerts par un établissement à l'extérieur du Canada, sauf si le Ministre les a approuvés au préalable.

Le ministre de la Santé et du Mieux-être détermine les services assurés par le régime d'assurance-santé de l'Alberta. Le Ministère examine la documentation scientifique, consulte des experts et évalue des politiques, le financement et la formation pour déterminer si un produit, un service ou un appareil médical doit être assuré.

L'article 21 de l'Alberta Health Care Insurance Regulation définit les services qui ne sont pas assurés.

Peut-on facturer d'autres services aux Albertains?

Les médecins peuvent demander à leur patient de payer des services qui ne sont pas médicalement nécessaires et qui ne sont pas prévus dans la Schedule of Medical Benefits. Le

Ministère ne s'occupe pas de la réglementation de la facturation des services non assurés. Le College of Physicians and Surgeons of Alberta a instauré une politique sur le sujet intitulée *Charging for Uninsured Services* et veille à son application. L'Alberta Medical Association fournit au médecin le *Guide to Direct Billing For Uninsured Services*.

Aucun service médical n'a été retiré de la liste en 2002-2003.

3.0 Universalité

Qui est assuré par le régime en Alberta?

En vertu de l'*Alberta Health Care Insurance Act*, tous les « résidents » de l'Alberta sont admissibles aux services de santé financés par le secteur public en vertu du régime d'assurance-santé de l'Alberta. On entend par « résident », une personne qui a le droit de demeurer au Canada, qui s'établit en Alberta et qui y vit habituellement. Le terme « résident » ne comprend pas les touristes, les personnes de passage ou les visiteurs en Alberta.

Au 31 mars 2003, 3 124 487⁶ résidents aient inscrits au régime d'assurance-santé de l'Alberta.

Qui ne peut être assuré par le régime en Alberta?

Les résidents non admissibles à la protection du régime d'assurance-santé de l'Alberta sont les suivants :

- les membres des Forces canadiennes;
- les membres de la Gendarmerie royale du Canada (GRC);
- les détenus des pénitenciers fédéraux.

(Toutefois, les membres de leurs familles sont admissibles à cette protection.)

⁶ Ces chiffres seront considérés comme provisoires jusqu'à ce que le portefeuille ministériel de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta publie les statistiques supplémentaires de 2002-2003 sur le régime d'assurance-maladie de l'Alberta.

Les personnes qui déménagent en Alberta d'un autre pays sont-elles assurées?

Les personnes de l'extérieur du Canada qui déménagent en Alberta pour y établir leur résidence permanente sont admissibles au régime si elles sont des résidentes permanentes, des résidentes permanentes de retour au pays ou, encore, des citoyens canadiens de retour au pays. Les résidents temporaires de l'extérieur du Canada, qui peuvent être considérés comme des résidents, comprennent les personnes dont le nom figure sur les fiches des visiteurs et celles qui détiennent un permis de séjour pour étudiant, un permis de travail ou un permis ministériel. En mars 2003, il y avait 17 107 personnes assurées au terme de ces conditions.

Comment les nouveaux résidents de l'Alberta peuvent-ils s'inscrire au régime d'assurance-santé?

Tous les nouveaux résidents albertains doivent s'inscrire et inscrire les personnes à leur charge admissibles au régime d'assurance-santé de l'Alberta en remplissant une demande dans les trois mois suivant leur arrivée. Pour les besoins de la facturation, les membres de la famille sont inscrits au même compte pour s'assurer que les services (par exemple, services de santé complémentaires, assurance individuelle de la Croix bleue) puissent être dispensés à tous les membres de la famille.

Qui doit payer des cotisations pour les soins de santé en Alberta?

Tous les habitants de l'Alberta (à l'exception des personnes charge et de celles qui n'ont pas le droit de s'inscrire) doivent payer des cotisations. Les personnes inscrites dans des groupes spéciaux, comme les personnes qui reçoivent une pension de veuve en Alberta ou un soutien pour l'autonomie, sont exemptées du paiement des cotisations.

Deux programmes offrent une aide aux Albertains à faible revenu autres que des aînés à payer leurs cotisations : le Premium Subsidy Program (programme de subvention) et le

Waiver of Premiums Program (programme d'exonération totale des cotisations).

Les aînés doivent payer les mêmes cotisations que les autres habitants. L'admissibilité des aînés à l'aide au paiement des cotisations est déterminée par l'entremise de l'Alberta Seniors Benefit Program (programme de services assurés pour les aînés de l'Alberta).

Montant versé en cotisation en 2002-2003

En 2002-2003, l'Alberta a dépensé 6,8 milliards de dollars en frais médicaux. Les cotisations perçues (937 millions de dollars) ne représentent que 14 p.100 de cette somme.

Les Albertains peuvent-ils être jugés non admissibles s'ils ne peuvent payer leurs cotisations?

Non. Même si les Albertains doivent payer des cotisations, aucun résident ne sera jugé non admissible s'il est incapable de payer ses cotisations.

4.0 Transférabilité

Admissibilité : Êtes-vous assuré lorsque vous déménagez en Alberta?

Les résidents de l'extérieur de la province sont-ils assurés lorsqu'ils déménagent en Alberta?

Les personnes d'une autre région du Canada qui déménagent en permanence en Alberta sont assurées le premier jour du troisième mois suivant leur arrivée, pourvu qu'ils s'inscrivent dans les trois mois de leur arrivée.

Les personnes de l'extérieur du Canada sont-elles assurées lorsqu'elles déménagent en Alberta?

Les personnes de l'extérieur du Canada qui déménagent en permanence en Alberta sont assurées si elles sont des résidentes permanentes, des résidentes permanentes de

retour au pays ou encore des citoyens canadiens de retour au pays. Les résidents temporaires peuvent également être assurés si leurs documents d'entrée au Canada sont valides pendant au moins 12 mois.

Transférabilité : Êtes-vous assuré si vous quittez l'Alberta ou le Canada?

Le régime d'assurance-santé de l'Alberta prévoit la protection suivante :

- visite/vacance – jusqu'à concurrence de 24 mois de protection;
- travail/affaires/oeuvres de missionnaire – jusqu'à concurrence de 48 mois;
- enseignement postsecondaire – aucune limite, jusqu'à la fin des études.

Les demandes de prolongation de plus de 24 mois seront examinées au cas par cas.

Les personnes qui s'absentent régulièrement de l'Alberta chaque année devront passer un total cumulatif de 183 jours sur une période de 12 mois en Alberta pour demeurer assurées.

Si une personne demeure en Alberta pendant un nombre de jours inférieurs aux 183 jours exigés, elle peut être considérée comme résidente de l'Alberta si le ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta juge que l'Alberta est son lieu de résidence permanent et principal.

On trouve de plus amples renseignements sur la protection offerte par le régime pendant des absences temporaires à l'extérieur du Canada ou de l'Alberta à l'adresse suivante : www.health.gov.ab.ca/coverage/ahcip/travel.html

Les personnes qui reçoivent des soins médicaux dans une autre province sont-elles assurées?

L'Alberta participe à l'Hospital Reciprocal Agreement avec d'autres provinces et territoires, qui permet le traitement des coûts hospitaliers fournis par la province d'accueil.

L'Alberta participe également à la Medical Reciprocal Billing Agreement avec des provinces et des territoires (à l'exception du Québec), qui permet le traitement des coûts médicaux fournis par des médecins dans la

province d'accueil. Les paiements sont versés aux tarifs applicables dans la province ou le territoire d'accueil.

Les personnes habitant temporairement à l'extérieur du Canada sont-elles assurées?

Le régime d'assurance-santé de l'Alberta est valide au cours des six premiers mois consécutifs d'absence à l'extérieur du Canada. Les résidents qui désirent être assurés pendant une période plus longue peuvent demander une prolongation jusqu'à concurrence de 24 mois consécutifs compter du mois du départ.

Les demandes de prolongation de plus de 24 mois seront examinées au cas par cas selon les mêmes conditions que les Albertains vivant temporairement dans une autre province.

Le montant maximal payable pour des services hospitaliers offerts aux patients hospitalisés de l'extérieur du pays s'élève à 100 \$ (canadiens) par jour (excluant le jour du congé). Le taux par visite des patients qui ne sont pas hospitalisés s'élève à 50 \$ (canadiens), limite d'une visite par jour. Toutefois, dans le cas de l'hémodialyse, la somme de 220 \$ peut être versée par visite, limite d'une visite par jour. Les services prodigués par des médecins et des membres de profession paramédicale sont payés selon les taux prévus en Alberta.

Paiement à l'extérieur de la province en 2002-2003 au Canada

	Nombre de services	Montant total payé
Services hospitaliers assurés des patients hospitalisés et des patients externes	72 250	23 707 079 \$
Services assurés des médecins fournis aux résidents de l'Alberta	559 503	13 880 981 \$

Ces chiffres seront considérés comme provisoires jusqu'à ce que le portefeuille ministériel de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta publie les statistiques supplémentaires de 2002-2003 sur le régime d'assurance-maladie de l'Alberta.

Doit-on obtenir une autorisation pour recevoir des services à l'extérieur de l'Alberta?

Une approbation préalable n'est pas nécessaire pour des services optionnels reçus à l'extérieur de l'Alberta, sauf en cas de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie, de troubles de l'alimentation et de troubles du comportement ou de dépendances semblables. Ces services doivent être approuvés par le Ministre pour être assurés.

Paiement des services offerts l'extérieur du pays en 2002-2003

	Nombre de services	Montant total payé
Services hospitaliers assurés offerts à des patients hospitalisés et des patients externes qui habitent en Alberta	7 437	546 853 \$
Services assurés des médecins offerts aux résidents de l'Alberta	21 289	976 232 \$

Ces chiffres seront considérés comme provisoires jusqu'à ce que le portefeuille ministériel de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta publie les statistiques supplémentaires de 2002-2003 sur le régime d'assurance-maladie de l'Alberta.

5.0 Accessibilité

Qui a accès aux services de santé assurés?

Tous les résidents de l'Alberta ont accès à des services de santé assurés en Alberta.

Comment l'Alberta augmente-t-elle l'accès aux services hospitaliers assurés en Alberta?

Le budget de 2002-2003 comprend ce qui suit :

- ❑ une augmentation de 7,3 p.100, soit 468 millions de dollars, les dépenses totales du Ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta s'élevant à 6,837 milliards de dollars en 2002-2003;
- ❑ une augmentation de 247 millions de dollars, soit 6,9 p.100, versé aux autorités sanitaires régionales et aux conseils provinciaux;
- ❑ une augmentation d'environ 21 millions de dollars pour des services provinciaux comprenant des mesures importantes permettant d'assurer la survie, principalement effectuées à Edmonton et à Calgary;
- ❑ une augmentation de 177 millions de dollars en honoraires en vertu de l'entente négociée avec l'Alberta Medical Association.

Comment l'Alberta augmente-t-elle l'accès des services assurés des médecins et des chirurgiens dentistes en Alberta?

Pendant cette période, le financement de l'Alberta International Medical Graduate (AIMG) Program et de l'Alberta Rural Family Medicine Network (ARFMN) a encore été prolongé. On compte actuellement 17 formations pour résidents dans le cadre du programme AIMG. Le programme ARFMN compte au total 40 résidents en médecine familiale. De plus, une somme de 920 000 \$ a été versée à l'Université de l'Alberta pour appuyer le maintien de l'école de dentisterie.

Quelles autres initiatives visant à accroître l'accès sont en cours?

En réponse au rapport du Premier's Advisory Council on Health, le gouvernement de l'Alberta s'est engagé à prendre les mesures suivantes :

- ❑ lancer un site Web pour afficher l'information sur le temps d'attente pour certaines interventions;
- ❑ établir un système de réservations centralisées pour certaines interventions afin de permettre au patient de trouver un

chirurgien et un établissement qui conviennent à leurs besoins;

- ❑ accroître le recours à des groupes de soins, ce qui comprend une vaste gamme de professionnels de la santé et de nouvelles approches pour prendre soin des personnes souffrant d'une maladie chronique;
- ❑ travailler de concert avec les médecins et les autorités sanitaires pour déterminer les services de santé qui ont une garantie d'accès.

Combien y a-t-il de professionnels de la santé en Alberta?

Nombre de professionnels inscrits au régime d'assurance-santé de l'Alberta et touchant des honoraires au 31 mars 2003 :

Professionnel de la santé	Diplômé/ Professionnel pratiquant
Opticiens	31
Podologues	50
Denturologues	102
Optométristes	340
Chirurgiens stomatologistes/Dentistes	453
Chiropraticiens	801
Médecins	5 206
TOTAL	6 983

Ces chiffres seront considérés comme provisoires jusqu'à ce que le portefeuille ministériel de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta publie les statistiques supplémentaires de 2002-2003 sur le régime d'assurance-maladie de l'Alberta.

Comment les médecins sont-ils payés?

La plupart des médecins en Alberta reçoivent des honoraires à l'acte lorsqu'ils fournissent des services assurés. Le Ministère et l'Alberta Medical Association (AMA) travaillent en collaboration avec les autorités sanitaires, les établissements et les médecins pour élaborer un certain nombre de projets sur des plans de

rémunération non traditionnels afin de remplacer les honoraires à l'acte.

En 2002-2003, ces plans de rémunération et de financement non traditionnels ont connu une expansion, environ 225 médecins participant à de telles ententes. Un certain nombre d'autres plans, visant environ 1 000 spécialistes de soins primaires et de médecins enseignants, sont en cours d'élaboration.

Qui détermine les honoraires qui seront versés au médecin?

Le ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta négocie des ententes de paiement avec l'AMA, association professionnelle représentant les médecins et les chirurgiens en Alberta. On a entamé des négociations pour établir une nouvelle entente entre le ministère et l'AMA. Pour la première fois, les autorités sanitaires régionales sont représentées dans ces négociations. Le ministère, les autorités et l'AMA signeront cette nouvelle entente.

En 2002-2003, le montant total des honoraires à l'acte vers aux médecins pour des services assurés s'élevait à 1 225 626 637 \$ (pour les omnipraticiens et les spécialistes).⁷

Quel rôle jouent les autorités sanitaires régionales?

La *Regional Health Authorities Act* définit les rôles et responsabilités des autorités sanitaires régionales dans la prestation des services de santé et des services hospitaliers.

Le ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta utilise une formule de financement axée sur la population pour financer les autorités sanitaires régionales. La formule calcule le nombre total d'habitants ainsi que la composition de la population de la région selon l'âge, le sexe et des caractéristiques socioéconomiques ainsi que les services offerts

⁷ Ces chiffres seront considérés comme provisoires jusqu'à ce que le portefeuille ministériel de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta publie les statistiques supplémentaires de 2002-2003 sur le régime d'assurance-maladie de l'Alberta.

aux résidents, pour déterminer le financement qui sera versé à chaque région.

En 2002-2003, la somme de 3,9 milliards de dollars de financement axé sur la population a été versée aux autorités sanitaires régionales.

Les autorités sanitaires d'Edmonton et de Calgary ont reçu du financement pour offrir des services tertiaires spécialisés (services provinciaux) à tous les Albertains. Ces services provinciaux ont obtenu la somme de 418 millions de dollars en 2002-2003, soit une augmentation d'environ 6 p.100 par rapport l'année précédente.

6.0 Reconnaissance accordée aux transferts fédéraux

Le gouvernement de l'Alberta a reconnu publiquement la contribution fédérale au titre du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux dans ses publications de 2002-2003.

8.0 Documents supplémentaires présentés à Santé Canada

- ❑ Schedule of Medical Benefits, 1^{er} avril 2003.
- ❑ Schedule of Oral and Maxillofacial Surgery Benefits, 1^{er} août 2001.
- ❑ Rapports du vérificateur général de l'Alberta en 2002-2003.
- ❑ Rapport annuel du ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta, 2002-2003.
- ❑ Plan d'affaires triennal du ministère de la Santé et du Mieux-être, 2003-2003.
- ❑ Budget de l'Alberta, 2002-2003.
- ❑ Statistiques supplémentaires de 2002-2003 sur le régime d'assurance-santé de l'Alberta du Ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta.

Nota : Ces publications sont accessibles sur notre site Web à l'adresse suivante :

<http://www.health.gov.ab.ca/reading/publications.html>

Consolidations administratives de toutes les lois sur l'assurance-santé ainsi que les règlements connexes :

- ❑ *Alberta Health Care Insurance Act*
- ❑ Alberta Health Care Insurance Regulation
- ❑ *Government Accountability Act*
- ❑ *Health Care Protection Act*
- ❑ Health Care Protection Regulation
- ❑ *Health Insurance Premiums Act*
- ❑ Health Insurance Premiums Regulation
- ❑ Hospitalization Benefits Regulation
- ❑ *Hospitals Act*
- ❑ Hospital Foundation Regulation
- ❑ Medical Benefits Regulation
- ❑ *Medical Profession Act*
- ❑ *Nursing Homes Act*
- ❑ Nursing Homes General Regulation
- ❑ *Regional Health Authorities Act*
- ❑ Regional Health Authorities Regulation.

Nota : L'ensemble des lois et des règlements de l'Alberta sont accessibles en ligne à l'adresse suivante :

<http://qpsource.gov.ab.ca>

Personnes-ressources du Ministère et de la Commission

Ministère de la Santé et du Mieux-être

Gary G. Mar, c.r.
Député Calgary Nose Creek
427-3665

Sous-ministre
Dr Roger Palmer
422-0747

Comité de révision des établissements de la santé
Président
Bob Maskell
Député Edmonton-Meadowlark
427-3101

Commission de l'abus de l'usage des drogues
et de l'alcool
Président
LeRoy Johnson
Député Wetaskiwin-Camrose
427-2837

Avocat représentant des déficients intellectuels
Jay McPhail
422-1812

Ministère de la Santé et du Mieux-être de
l'Alberta
10025, avenue Jasper
Edmonton (Alberta)
T5J 2N3
(780) 427-7164
310-4455 (sans frais partout en Alberta)

www.health.gov.ab.ca

Colombie-Britannique

Introduction

La Colombie-Britannique est pourvue d'un système de santé progressif et intégré. Le régime d'assurance-santé de la Colombie-Britannique comprend les services assurés en vertu de la *Loi canadienne sur la santé* ainsi que les services financés entièrement ou partiellement par le gouvernement de la Colombie-Britannique et des services réglementés, mais non financés, par le gouvernement. Il est fondé sur une prestation et sur des professionnels auto-réglementés qui offrent des services de santé accessibles, abordables et de qualité dans toutes les régions. Les instances responsables des services de santé s'occupent de la prestation et de la gestion des services de santé dans chaque collectivité de la Colombie-Britannique. Au 31 mars 2003, il y avait cinq instances régionales responsables des services de santé ainsi que la Provincial Health Services Authority.

Les soins de santé sont une priorité du gouvernement et de la population de la Colombie-Britannique.

Activités en 2002-2003

L'exercice 2002-2003 a marqué la deuxième année d'activités visant à réaliser l'objectif du gouvernement de créer un système de soins de santé public qui est axé sur le patient, offre des services accessibles et de qualité, améliore la santé et le mieux-être, et est viable à long terme.

En misant sur les travaux entrepris en 2001-2002 pour regrouper les instances régionales responsables des services de santé, clarifier les rôles et les responsabilités, et établir de clairs mécanismes de responsabilisation relativement aux résultats, les ministères se sont employés cette année à renforcer le système de santé actuel, tout en le rendant plus adaptable aux besoins changeants. Au cours de la dernière décennie, les dépenses en santé sont passées de près de 33 p. 100 à 41 pour cent du budget provincial et, en 2002-2003, les dépenses de santé ont augmenté de 12 p. 100 pour passer à 10,4 milliards de dollars. Des

hausse de cette envergure minent la viabilité du système.

Dans le cadre de la structure établie en juin 2001, le Ministry of Health Services assure le financement du système de la santé, oriente de manière stratégique le système de santé et offre un leadership en ce qui a trait à la prestation de services de soins de santé, de santé préventive et de promotion de la santé en Colombie-Britannique. Le Ministry of Health Planning soutient la planification à long terme nécessaire pour assurer la viabilité du système de santé public de la Colombie-Britannique dans les années à venir.

Cinq instances régionales responsables des services de santé s'occupent de la gestion et de la prestation de toute une gamme de services de santé, notamment des soins de courte durée et les soins hospitaliers, les soins à domicile et en milieu communautaire, la santé mentale, les toxicomanies et les services de santé publique. Ces cinq instances régionales englobent 15 secteurs de prestation de services, qui ont été établis de manière à refléter les modes naturels d'aiguillage. Outre ces instances régionales, la Provincial Health Services Authority coordonne et offre des services très spécialisés qui ne peuvent pas être offerts dans toutes les régions et favorise la coordination des initiatives provinciales. Les instances responsables des services de santé reçoivent des budgets pour trois ans, ce qui facilite la planification, et ont une plus grande obligation de rendre compte en raison d'objectifs de rendement qui définissent les attentes et les tâches à exécuter pour trois exercices. Les objectifs de rendement établissent également les principales exigences en matière de changement dans certains secteurs de service, tels que les soins d'urgence, les services chirurgicaux, les soins à domicile et en milieu communautaire, la santé publique et la prévention des maladies ainsi que la santé mentale. Une nouvelle formule de financement axée sur les besoins de la population a été élaborée en 2001-2002 en vue de sa mise en œuvre en 2002-2003.

Cette année, les efforts de restructuration des services étaient axés sur la modification de la composition des services et des dispensateurs de soins afin d'assurer que les soins sont dispensés au niveau et dans le cadre les plus

pertinents. Ces efforts aideront à établir un réseau intégré de services qui permettra aux patients d'obtenir les soins dont ils ont besoin et de passer sans coupure d'un cadre et d'un dispensateur à l'autre. Pour faciliter cette tâche, les nouvelles instances régionales responsables des services de santé ont rendu public en avril 2002 le document intitulé « *Health Service Redesign Plans* », lesquels tracent les grandes lignes des stratégies prévues pour entreprendre l'établissement d'un réseau de soins sans coupure, de haute qualité et durable pour les patients de leurs collectivités. Les normes d'accès aux soins actifs préparées par le Ministry of Health Planning ont été utilisées par les instances responsables des services de santé dans le cadre de la restructuration des services hospitaliers. Les normes précisent le temps maximal de transport pour avoir accès à des services d'urgence, des services internes et les principaux services spécialisés. Elles font en sorte également que la majorité des résidents de la Colombie-Britannique, dans toutes les régions, ont un accès raisonnable à ces services.

Un certain nombre de mesures ont été prises en 2002-2003 pour améliorer l'accès aux services hospitaliers assurés. Afin d'aider les instances régionales responsables des services de santé à assurer l'utilisation et l'entretien appropriés des installations hospitalières et du matériel de manière à satisfaire les besoins des patients et des dispensateurs, le plan triennal de dépenses en immobilisations du Ministry of Health Service pour 2002-2003 comprenait les dépenses suivantes :

- ❑ 100 millions de dollars pour convertir les installations existantes de manière à en prévoir des utilisations plus pertinentes, conformément aux nouvelles priorités régionales;
- ❑ 138 millions de dollars pour mettre en œuvre le Plan de santé mentale (p. ex., les installations de soins de santé mentale tertiaires à Kamloops);
- ❑ 115 millions de dollars par année pour entretenir et améliorer les installations, et pour acheter du matériel.

Une vaste gamme de projets d'immobilisations ont été financés afin de prévoir des installations de soins de santé nouvelles et améliorées.

En décembre 2002, 21,5 millions de dollars ont été consentis afin de former, de recruter et de

maintenir en poste des infirmières, y compris 10,7 millions de dollars du Ministry of Advanced Education. Ces sommes permettent de financer plusieurs initiatives, y compris de nouvelles places pour la formation d'infirmières, des subventions pour permettre à 192 infirmières de suivre des cours de recyclage pour retourner à la profession infirmière, et des possibilités de formation spécialisée ou de formation continue pour 3 000 infirmières. Cette année aussi, on a augmenté le nombre de places dans le secteur des études en sciences de la santé pour les travailleurs paramédicaux comme les technologues en imagerie médicale, les techniciens-spécialistes de laboratoire médical et les inhalothérapeutes. De plus, de nouvelles places de formation ont été prévues pour les sages-femmes et les préposés aux soins des résidents.

En février 2003, un ensemble d'avantages sociaux et de mesures d'encouragement pour la somme de 58,5 millions de dollars a été adopté pour attirer les médecins dans les collectivités rurales et pour améliorer l'accès des patients de ces collectivités.

Des mesures de planification ont été entreprises afin de mettre en œuvre l'engagement, annoncé en mars 2002, à consentir la somme de 134 millions de dollars pour élargir les installations de l'école de médecine à la University of British Columbia et pour établir des programmes de médecine satellites à la University of Northern British Columbia et à la University of Victoria. Ces mesures permettront de presque doubler le nombre de places de formation en médecine d'ici 2005.

La diffusion, en novembre 2002, du document intitulé « *The Picture of Health: How We Are Modernizing British Columbia's Health Care System* » a présenté à la communauté des soins de santé publique et des soins de santé communautaires une description détaillée de l'orientation vers laquelle se dirigera le système de soins de santé de la Colombie-Britannique au cours des années à venir. En 2002-2003, le Ministry of Health Planning s'est employé à oeuvrer de concert avec les dispensateurs de soins de santé, ainsi qu'avec divers spécialistes de la santé et universitaires, patients et groupes d'intérêts, et décideurs à tous les niveaux afin de déterminer les meilleures façons de réaliser cette orientation. En février 2003, afin d'appuyer encore davantage les soins de santé reposant sur des données probantes, la somme de 8

millions de dollars a été consentie à la *Michael Smith Foundation for Health Research* afin d'entreprendre de la recherche visant à améliorer l'efficacité des réformes des soins de santé.

Les renseignements sur la santé et les soins de santé en Colombie-Britannique sont disponibles sur les sites Web suivants :

www.gov.bc.ca/healthservices/

www.gov.bc.ca/healthplanning/

1.0 Gestion publique

1.1 Régime d'assurance-santé et autorité publique

Le 1^{er} janvier 1949, le gouvernement provincial de la Colombie-Britannique promulguait la *Hospital Insurance Act*, laquelle détermine le paiement des traitements fournis aux résidents admissibles. Les services hospitaliers sont financés, sans but lucratif, par la Performance Management and Improvement Division du Ministry of Health Services. Le régime est responsable au nom du gouvernement provincial en ce qui a trait au financement public continu des services hospitaliers publics de la province dispensés par l'entremise des accords de financement et de transfert conclus avec les six instances responsables des services de santé, conformément à la *Hospital Act*, à la *Hospital Insurance Act* (article 9) et à la *Hospital District Act* (article 20). Ces dernières régissent le contrôle des dépenses et des engagements pour le fonctionnement des hôpitaux, le financement pour la construction d'hôpitaux et l'équipement et le remboursement des coûts hospitaliers fournis hors province aux résidents admissibles de la Colombie-Britannique.

L'article 9 de la *Hospital Insurance Act* exigeait auparavant que le ministre verse un montant directement aux hôpitaux pour couvrir les services hospitaliers publics assurés. L'article 9 a été modifié en 2003 (projet de loi 33, 2003, la *Health Services Statutes Amendment Act, 2003*) afin de tenir compte du fait que les hôpitaux ne sont plus financés directement par le gouvernement. Cette modification est entrée en vigueur le 22 septembre 2003. Le financement

du gouvernement pour les services hospitaliers assurés est maintenant transmis aux hôpitaux par l'entremise du financement des instances responsables des services de santé.

Le régime de soins médicaux de la Colombie-Britannique, le Medical Service Plan (MSP), est géré sans but lucratif par la Medical Services Commission, organisme relevant du Ministry of Health Services qui favorise, conformément à la *Medicare Protection Act* (1996), un accès raisonnable aux services assurés fournis aux bénéficiaires (résidents) admissibles dans le cadre du MSP de la Colombie-Britannique. Le personnel du Ministry of Health Services responsable du MSP veille à sa gestion quotidienne. L'article 3 de la *Medical Protection Act* prévoit la création du régime de soins médicaux et de la Medical Services Commission.

La Commission dispose de l'autorité (tel qu'il est stipulé à l'article 5 de la *Medical Protection Act*) pour déterminer les services offerts, inscrire les bénéficiaires, embaucher les médecins, traiter et payer les réclamations des médecins pour les services fournis, inscrire les centres de diagnostic, mettre sur pied des comités consultatifs, autoriser des recherches et des enquêtes relatives à la prestation de services, vérifier les demandes de paiement et les modèles de pratique des médecins ou les factures soumises ainsi qu'entendre les demandes d'appel formulées par les médecins et les bénéficiaires.

Aucune modification concernant le nom du régime ou son autorité publique n'a été apportée à la *Medical Protection Act* ou au Medical and Health Care Services Regulation pris en application de la *Medical Protection Act* en 2002-2003.

1.2 Liens hiérarchiques

Les instances responsables des services de santé doivent présenter des rapports sur les données sur la santé afférentes aux hôpitaux de leurs juridictions à l'intention du Ministry of Health Services, conformément à la politique provinciale. La Performance Management and Improvement Division présente un rapport au gouvernement par l'entremise du rapport annuel du Ministry of Health Services.

La Medical Services Commission présente un rapport annuel contenant un état financier distinct à l'intention du ministre. Le rapport annuel de 2002-2003 a été déposé en octobre 2003.

Dans leur rapport annuel sur le rendement, le Ministry of Health Planning et le Ministry of Health Services produisent de l'information complète sur le rendement du système de santé financé par le secteur public de la Colombie-Britannique. La collecte et le rapport de cette information s'inscrivent dans l'approche stratégique des ministères et dans le cadre des responsabilités à l'égard de la planification du rendement et de la production de rapports en vertu de la *Budget Transparency and Accountability Act* adoptée au cours de l'an 2000.

1.3 Vérification des comptes

La Performance Management and Improvement Division et la Medical Services Commission peuvent voir leurs comptes et leurs opérations financières vérifiés de trois façons. À l'interne, la Finance and Decision Support Unit du Ministry of Health Services examine les activités ministérielles.

La Internal Audit and Advisory Services du Bureau du contrôleur général est le vérificateur interne du gouvernement provincial, et le Bureau du vérificateur général (BVG) de la Colombie-Britannique est chargé de mener des vérifications et d'en présenter les résultats à l'assemblée législative. Le BVG amorce ses propres vérifications et détermine leur portée. Le Comité des comptes publics de l'assemblée législative examine les recommandations formulées par le vérificateur général et détermine quand le Ministère se conforme aux constatations. Le contrôleur général détermine la portée des vérifications internes et le moment où elles ont lieu, en collaboration avec le comité de vérification du Ministry of Health. L'agent financier supérieur du Ministère détermine la portée et le moment où les examens seront menés par la Finance and Decision Support Unit.

2.0 Intégralité

2.1 Services hospitaliers assurés

La *Hospital Insurance Act* régit la couverture des services hospitaliers assurés par le régime d'assurance public. L'admissibilité est définie par le règlement qui comprend une exigence quant au lieu de résidence ainsi qu'une période d'attente. L'article 1 de la *Hospital Insurance Act* régit les services hospitaliers assurés fournis par les établissements. En 2002-2003, la Loi touchait 92 hôpitaux de soins actifs, trois hôpitaux de réadaptation, 18 hôpitaux de soins prolongés autonomes et 25 centres de diagnostic et de traitement et autres centres de santé.

Les services hospitaliers assurés sont fournis tels qu'ils sont recommandés par le médecin traitant ou une sage-femme. Ces services, et les conditions selon lesquelles ils sont offerts, sont inscrits à la section 5 du *Hospital Insurance Act Regulations*. Les services offerts aux patients hospitalisés comprennent :

- l'hébergement et les repas en salle commune;
- les services infirmiers nécessaires;
- les services de laboratoire et de radiologie, les interprétations nécessaires ainsi que tout autre service de diagnostic approuvé par le Ministère;
- les médicaments, les produits biologiques et les fournitures médicales approuvés en clinique lorsqu'ils sont administrés dans un hôpital général précisé dans la *Hospital Insurance Act*;
- les fournitures chirurgicales courantes;
- l'usage des salles d'opération et des salles d'accouchement;
- le matériel et les fournitures d'anesthésie;
- l'usage des installations de radiothérapie, de physiothérapie et d'ergothérapie là où elles existent;
- d'autres services approuvés par le ministre et dispensés par des personnes rémunérées à cette fin par l'hôpital.

Les bénéficiaires qu'il n'est pas nécessaire d'hospitaliser peuvent recevoir des traitements d'urgence pour des blessures ou des maladies et des services de salles d'opération ou

d'urgence pour des interventions mineures et les soins chirurgicaux de jour, y compris l'application et l'enlèvement des plâtres.

Les services de consultation externe comprennent :

- ❑ les traitements d'hémodialyse dans des hôpitaux désignés ou dans d'autres établissements approuvés;
- ❑ les soins de jour pour diabétiques dans les hôpitaux désignés;
- ❑ les conseils en diététique pour patients externes dans des hôpitaux qui emploient des diététiciens compétents;
- ❑ des services psychiatriques et les soins et services de jour de physiothérapie et de réadaptation pour patients externes;
- ❑ les traitements du cancer et les services de cytologie;
- ❑ le traitement du psoriasis pour patients externes;
- ❑ les services d'avortement;
- ❑ les services d'IRM.

Les services hospitaliers assurés sont fournis sans frais. Les frais supplémentaires pour les fournitures médicales ou de chirurgie préférées sont fondés sur une demande du malade. Le malade n'a pas à assumer les frais supplémentaires si le service recommandé est évalué comme nécessaire sur le plan médical par son médecin traitant.

Les services d'ambulance sont fournis dans la province par le Ministry of Health Services de la Colombie-Britannique, par l'entremise de la Emergency Health Services Commission. Le patient paie une somme nominale.

En 2002-2003, aucun nouveau service n'a été ajouté à la liste des services hospitaliers assurés couverts en vertu de la *Hospital Insurance Act*. Les services hospitaliers généraux sont décrits aux articles 5 et 8 de la *Hospital Insurance Act*. Les services hospitaliers inscrits dans le règlement sont exhaustifs et génériques. Les modifications aux éléments inscrits peuvent se faire en vertu d'une modification au règlement qui doit être approuvée par le Cabinet.

Il n'y a pas de processus pour l'examen des services hospitaliers assurés. Une liste des services assurés figurant dans le Règlement est

censée être à la fois complète et générique, et elle n'exige aucune mise à jour ni aucun examen périodiques.

2.2 Services médicaux assurés

Les services médicaux assurés sont fournis en vertu de la *Medicare Protection Act* (1996). L'article 13 de la *Medicare Protection Act* (MPA) stipule que les praticiens (notamment les médecins et les professionnels de la santé, tels que les dentistes) inscrits qui offrent des services à un prestataire sont admissibles au paiement des services rendus conformément au barème d'honoraires approprié.

Le Medical Services Plan (MSP) offre tous les services nécessaires sur le plan médical. À moins d'une exclusion, les services médicaux suivants sont assurés par le régime de soins médicaux conformément à la MPA et à la *Loi canadienne sur la santé* :

- ❑ services médicalement nécessaires pour les bénéficiaires (résidents de la Colombie-Britannique) par un médecin inscrit au régime des soins médicaux;
- ❑ services médicalement nécessaires offerts dans des installations de diagnostic sous la supervision d'un médecin inscrit.

Pour exercer en Colombie-Britannique, les médecins doivent être inscrits au College of Physicians and Surgeons of British Columbia et en être des membres en règle. Pour recevoir un paiement pour des services assurés, ils doivent être inscrits au MSP. Au cours de l'exercice 2002-2003, 7 892 médecins y étaient inscrits et étaient rémunérés à l'acte. En outre, certains médecins sont salariés, reçoivent une rémunération à la vacation ou ont des ententes contractuelles (conventions de services) pour un mécanisme de rechange. La plupart des médecins rémunérés par l'entremise de mécanismes de rechange recevaient également une rémunération à l'acte.

Un médecin peut choisir de ne pas s'inscrire à la Medical Services Commission ou, encore, de s'en retirer. Les médecins inscrits peuvent annuler leur inscription en donnant un préavis écrit de 30 jours à la Commission. Les services fournis par les médecins non inscrits ne sont pas des services assurés et les patients doivent en assumer les coûts. Au 31 mars 2003, un seul médecin inscrit s'était retiré de la Commission.

Les médecins inscrits peuvent choisir d'être payés directement par les patients, moyennant un avis écrit à la Commission. De 30 à 45 jours suivant la réception de l'avis, la Commission communiquera la date de mise en vigueur de cette méthode de rémunération. Dans ce cas, les patients peuvent présenter une demande au MSP pour obtenir le remboursement des frais des services assurés fournis. Au 31 mars 2003, seulement huit médecins ne participaient pas à ce type de rémunération.

En avril 2002, la *Medicare Protection Act (Health Services Statutes Amendment Act, 2002)* a été modifiée en ce qui concerne les services médicaux assurés. Les modifications sont les suivantes : abroger l'article 13.1 pour éliminer le retrait obligatoire des médecins du régime de soins médicaux à l'âge de 75 ans; modifier l'article 37 pour inclure des frais supplémentaires et des frais d'intérêt pour les médecins qui reçoivent de l'argent de la Commission pour des services qu'ils n'ont pas fournis; et modifier l'article 37 de manière à permettre à la Commission d'exiger des intérêts pour des facturations inadéquates rétroactivement à la période de facturation. Les modifications ont été adoptées le 4 juillet 2002.

En vertu de l'accord-cadre entre la Commission et la British Columbia Medical Association (BCMA), les ajouts, les suppressions, les modifications d'honoraires et autres changements apportés au barème d'honoraires de la Commission sont effectués par la Commission selon les conseils de la BCMA. Les médecins qui veulent proposer des modifications au barème doivent présenter leurs propositions au comité des tarifs de la BCMA par l'entremise de la section appropriée. Sur recommandation du comité des tarifs de la BCMA, des inscriptions provisoires peuvent être désignées par la Commission pour de nouveaux procédés et d'autres services pour une période limitée afin de permettre l'inscription définitive, s'il y a lieu.

Plusieurs nouveaux honoraires ont été ajoutés en 2002-2003 :

- ❑ réparation d'un anévrisme de l'aorte abdominale au moyen d'une endoprothèse vasculaire - volet chirurgie vasculaire;
- ❑ conseils téléphoniques offerts à un représentant en santé communautaire dans les collectivités des Premières nations;

- ❑ localisation corticale ou localisation cérébrale profonde au moyen du potentiel évoqué somesthésique, ou stimulation chez un malade éveillé;
- ❑ craniotomie et insertion d'une électrode à grille sous-durale avec ou sans électrodes à bande additionnelles - unilatérale;
- ❑ réouverture d'une craniotomie pour le retrait d'électrodes à grille sous-durales - craniotomie unilatérale et hémisphérotomie microchirurgicale pour l'épilepsie;
- ❑ localisation stéréotaxique au cours d'une neurochirurgie en association avec une craniotomie – supplément;
- ❑ immunologie clinique et consultation pour allergies;
- ❑ immunologie pédiatrique clinique et consultation pour allergies;
- ❑ immunologie clinique et consultation pour allergies (visites répétées ou limitées);
- ❑ immunologie clinique et allergies - soins continus prodigués par un médecin consultant (soins directs, visite subséquente au cabinet, visite subséquente à l'hôpital, visite à l'urgence suite à un appel spécial);
- ❑ enregistrement sur microélectrode (ER) – cartographie électrophysiologique (CE) des noyaux gris centraux et du thalamus, intra-opératoire – supplément;
- ❑ consultation relativement à une affection comportementale, développementale ou psychiatrique complexe chez un enfant;
- ❑ 34 nouveaux honoraires pour les services de laboratoire;
- ❑ prise en charge des soins de santé primaires liés au VIH/sida, conseil sur un patient recevant des soins communautaires - visite à l'hôpital – première visite courante le jour où sont effectués les tests de laboratoire dans le cas de divers médicaments psychiatriques et anti-épileptiques;
- ❑ vaginoscopie diagnostique sous anesthésie générale;
- ❑ embolisation d'une varicocèle ou/de l'artère utérine;
- ❑ tropinine (test de laboratoire).

Un certain nombre de nouvelles directives de pratique clinique ont également été approuvées par la Commission :

- ❑ mise en évidence et traitement de l'infection à *helicobacter pylori* chez les patients adultes;
- ❑ enquête et prise en charge d'une carence en fer;
- ❑ prise en charge clinique de l'hépatite C chronique;
- ❑ prise en charge clinique de l'hépatite B chronique;
- ❑ soins aux diabétiques;
- ❑ otite moyenne avec effusion;
- ❑ otite moyenne aiguë.

2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

Le régime de soins médicaux offre des services déterminés de chirurgie buccale et dentaire, lorsqu'ils sont nécessaires sur le plan médical ou de la dentisterie et fournis dans un hôpital par un chirurgien dentiste/stomatologiste. Les services de chirurgie dentaire sont couverts par le régime de soins médicaux lorsque l'hospitalisation est jugée médicalement nécessaire pour effectuer comme il se doit et de façon sécuritaire la chirurgie et que la procédure figure dans le barème d'honoraires prévu pour les services dentaires. La *Medical Care Protection Act* définit l'admissibilité des patients et les critères régissant les dispensateurs. Les ajouts et/ou les modifications à la liste des services assurés sont gérés par le régime des soins médicaux selon les conseils du Comité dentaire de liaison, lequel compte un nombre égal de représentants de l'Association dentaire et du Ministry of Health Services. Les ajouts et les modifications doivent être approuvés par la Medical Services Commission. Figurent parmi les interventions chirurgico-dentaires celles qui sont reliées au traitement d'un trouble de la cavité buccale ou un élément fonctionnel de la mastication. Cela comprendrait, de façon générale, la chirurgie orale reliée à un traumatisme, la chirurgie orthognathe, les extractions requises sur le plan médical, et le traitement chirurgical d'un trouble de l'articulation temporo-mandibulaire.

Tout chirurgien dentiste ou stomatologiste inscrit au College of Dental Surgeons et y étant un

membre du Medical Services Plan (PSP) en règle peut offrir des services de chirurgie dentaire assurés en milieu hospitalier. En 2002-2003, il y avait 249 dentistes inscrits au régime et facturant à l'acte. Aucun d'eux n'a décidé de se retirer du MSP.

2.4 Services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

Pour les patients externes, les médicaments emportés à domicile et certains médicaments fournis à l'hôpital ne sont pas assurés, sauf ceux qui sont fournis en vertu du programme Pharmacare (programme de services pharmaceutiques). D'autres services sont exclus en vertu de la *Hospital Insurance Act* :

- ❑ les services diagnostiques de consultation externe non associés aux services d'urgence;
- ❑ les services fournis par le personnel médical qui n'est pas employé par l'hôpital;
- ❑ les traitements pris en charge par la Workers' Compensation Board, le ministère des Anciens combattants ou tout autre organisme;
- ❑ les services à des fins purement esthétiques;
- ❑ le rétablissement de la fécondité.

Les services hospitaliers non assurés comprennent :

- ❑ des installations préférées demandées par le patient;
- ❑ la télévision, le téléphone et les services infirmiers privés;
- ❑ des fournitures médicales ou de chirurgie préférées;
- ❑ des soins dentaires pouvant être fournis dans une clinique dentaire, y compris les services de prothèse et d'orthodontie;
- ❑ des services préférés fournis aux malades dispensés dans des unités ou des hôpitaux de soins prolongés.

Les services suivants ne sont pas assurés en vertu du Medical Services Plan :

- ❑ les services assurés en vertu de la *Workers' Compensation Act* ou d'une autre loi provinciale ou fédérale;
- ❑ la fourniture de prothèses non implantées;
- ❑ les orthèses;

- ❑ les spécialités pharmaceutiques et les médicaments brevetés;
- ❑ toute demande d'examen qui n'est pas médicalement requis;
- ❑ la chirurgie buccale réalisée dans un cabinet de dentiste;
- ❑ l'acuponcture;
- ❑ les consultations téléphoniques non liés aux visites assurées;
- ❑ le rétablissement de la fécondité;
- ❑ la fécondité in vitro;
- ❑ les services médico-légaux;
- ❑ la plupart des cas de chirurgie esthétique.

Pour obtenir des services hospitaliers ou médicaux, ces derniers doivent être considérés comme essentiels sur le plan médical par le médecin traitant et par l'hôpital.

L'article 45 de la *Medicare Protection Act* interdit la vente ou l'émission d'une police d'assurance-santé par un assureur privé à des bénéficiaires pour des services qui seraient considérés comme des services assurés s'ils étaient fournis par un médecin. L'article 17 de la *Medicare Protection Act* empêche d'exiger le paiement d'un service ou de fournitures, de consultations, d'actes, de l'utilisation d'un bureau, d'une clinique ou de tout autre endroit ou pour toute affaire relative à la prestation d'un service. Le Ministry of Health Services répond aux plaintes formulées par les patients et prend les mesures appropriées pour corriger les situations signalées au ministère.

En septembre 2002, le Ministry of Health Services a diffusé un communiqué de politique sur la production de recettes en milieu hospitalier à l'ensemble des instances responsables des services de santé. Parmi les catégories de services visées par cette politique, il convient de mentionner l'utilisation des installations des hôpitaux pour assurer des services couverts par les tiers assureurs, comme la Workers' Compensation Board. La politique précise que les instances responsables des services de santé ont comme première obligation d'offrir les services de santé assurés aux bénéficiaires et que les pratiques de production de recettes ne doivent pas être adoptées au détriment de la prestation de services appropriés et opportuns aux bénéficiaires. Elle met également en relief le fait que les instances en question doivent respecter

les exigences de la *Loi canadienne sur la santé*, de même que celles des lois provinciales pertinentes. Les instances responsables des services de santé sont tenues de faire état des nouvelles initiatives de ce genre dans les plans annuels sur les services de santé. De plus, le Ministry of Health Services surveille la conformité à la politique dans le cadre du plan de surveillance du rendement global et des plans de conception des services.

La Medical Services Commission détermine les services assurés en vertu du régime de soins médicaux et détient l'autorité de radier de la liste certains services assurés. Des propositions de radiation peuvent être formulées auprès de la Commission. Des consultations peuvent être tenues par l'entremise d'un sous-comité de la Commission et comprennent habituellement un examen du comité des tarifs de la British Columbia Medical Association.

3.0 Universalité

3.1 Admissibilité au régime

La politique provinciale sur l'admissibilité aux services hospitaliers est définie dans le chapitre 2 du Acute Care Policy Manual du Ministry of Health Services.

L'admissibilité et l'inscription des bénéficiaires pour les services médicaux assurés sont définies dans l'article 7 de la *Medicare Protection Act*. La partie 2 des Medical and Health Care Services Regulations pris en application de la *Medicare Protection Act* établit les normes en matière de résidence. Une personne doit être résidente de la Colombie-Britannique pour pouvoir recevoir des services de soins de santé provinciaux assurés. En vertu de l'article 1 de la *Medicare Protection Act*, un résident est une personne qui est citoyenne canadienne ou qui est légalement autorisée à être au Canada en tant que résidente permanente, qui élit domicile en Colombie-Britannique et qui y demeure au moins six mois par année civile. La définition d'un résident comprend la personne qui est considérée comme telle dans la partie 2 des Medical and Health Care Services Regulations, mais ne comprend pas les touristes ou les visiteurs en Colombie-Britannique.

Tous les résidents, à l'exception des personnes qui sont admissibles à une couverture d'une autre source, ont droit à l'assurance-hospitalisation et à l'assurance pour les soins médicaux. Le régime assure la protection des membres libérés de la Gendarmerie Royale du Canada et des Forces canadiennes ainsi que des détenus fédéraux libérés dès le premier jour de leur libération. Toutefois, s'ils se trouvent alors en dehors de la Colombie-Britannique, ils se voient imposer le délai d'attente prescrit par la Loi.

3.2 Exigences relatives à l'inscription au régime

Depuis le 1^{er} avril 1998, les habitants doivent être inscrits au régime de soins médicaux afin de bénéficier des services médicaux et hospitaliers assurés. Les personnes admissibles doivent s'y inscrire. Une fois l'inscription faite, il n'y a pas de date limite. On recommande aux nouveaux résidents de s'inscrire immédiatement après leur arrivée dans la province. Chaque personne qui s'inscrit au régime de soins médicaux reçoit une carte santé. Habituellement, il est possible de renouveler une inscription annulée par téléphone auprès du personnel responsable du Medical Services Plan (MSP).

Les personnes à charge des bénéficiaires peuvent être assurées, à condition que ces dernières résident dans la province. Les personnes à charge comprennent la conjointe ou le conjoint du titulaire (soit par mariage ou vivant en concubinage), tout enfant ou enfant en tutelle célibataire de moins de 19 ans à la charge du prestataire ou une personne de moins de 25 ans qui étudie à temps plein dans une école ou une université.

Au 31 mars 2003, 4,11 millions de personnes étaient inscrites au régime de soins médicaux. L'inscription au MSP est obligatoire. Seuls les adultes qui demandent à ne pas participer au programme de santé provincial sont exemptés. Au 31 mars 2003, 231 personnes avaient choisi de ne pas y participer.

3.3 Autres catégories de personnes

Habituellement, les demandeurs du statut de réfugié ne sont pas admissibles. Les personnes qui ont reçu le statut de réfugié et qui ont, ainsi,

le droit de résider au Canada de façon permanente peuvent s'inscrire au régime de soins médicaux. Dans des circonstances particulières, une attention spéciale est accordée à ces personnes en ce qui a trait à la date de mise en application du régime. Les titulaires de permis ministériels peuvent accéder aux services s'ils sont considérés comme résidents en vertu des Medical and Health Care Services Regulations. Dans ce cas, une période d'attente s'applique.

3.4 Primes

Il est obligatoire de s'inscrire au régime de soins médicaux, et le versement de primes est habituellement l'une des conditions d'admissibilité. Cependant, le fait de ne pas verser de primes ne compromet pas l'accès au régime si la personne satisfait aux conditions d'admissibilité de base. À compter du 1^{er} mai 2002, les primes mensuelles du régime sont de 54 dollars pour une personne seule, de 96 dollars pour une famille de deux personnes et de 108 dollars pour une famille de trois personnes ou plus. Les personnes à faible revenu peuvent être admissibles à une réduction. Il existe cinq niveaux d'aide, allant de 20 à 100 pour cent de la prime fixée. Seules les personnes qui ont habité au Canada pendant au moins douze mois consécutifs et qui sont citoyennes canadiennes ou qui ont le statut de résident permanent (immigrant reçu) peuvent recevoir de l'aide pour pouvoir assumer leur prime.

Il n'y a pas de primes supplémentaires pour les services hospitaliers assurés, mais il y a des frais quotidiens pour les soins hospitaliers prolongés dispensés aux patients de plus de 19 ans. Le montant de ces frais, qui couvrent l'hébergement et les repas, est établi une fois par année. Au 31 mars 2003, le taux maximum non subventionné était de 50 \$ par jour. Les résidents qui possèdent des moyens limités sont admissibles à une aide, selon une échelle progressive; cette aide s'établit à 85 pour cent de la Sécurité de la vieillesse et du Supplément de revenu garanti. Dans certaines circonstances, il existe une disposition permettant de se soustraire au paiement d'une partie des frais. Les taux inférieurs à 50 \$ par jour sont révisés tous les trimestres, et les patients sont avisés de tout changement apporté un mois avant qu'il devienne effectif.

4.0 Transférabilité

Les personnes qui déménagent dans une autre province canadienne sont couvertes jusqu'à la fin du deuxième mois suivant leur départ. Leur protection peut être prolongée (pas plus de trois mois), pendant une période raisonnable de déplacement.

Les personnes qui quittent définitivement le Canada sont couvertes jusqu'à la fin du mois de leur départ.

4.1 Délai minimal de résidence

Pour être admissible à la couverture d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux, le délai minimal de résidence est une période d'attente se terminant à minuit le dernier jour du deuxième mois suivant le mois durant lequel la personne devient une résidente de la province.

Après la période d'attente, les personnes qui ont reçu le statut de résidents permanents sont admissibles. De même, sont admissibles les personnes de l'extérieur du Canada qui résident dans la province grâce à des permis de travail ou à des visas d'étudiants, à condition que les permis ou visas soient valides pour au moins six mois et qu'ils aient été délivrés au moment de l'entrée au Canada.

4.2 Couverture durant des absences temporaires (au Canada)

Les articles 3, 4 et 5 des Medical and Health Care Services Regulations définissent les dispositions en matière de transférabilité des services médicaux assurés pour les personnes qui s'absentent temporairement de la Colombie-Britannique, mais qui demeurent au Canada. En 2002-2003, aucune modification ayant trait aux dispositions concernant la transférabilité n'a été apportée aux Medical and Health Care Services Regulations pris en application de la *Medicare Protection Act*.

L'article 17 de la *Hospital Insurance Act* permet au ministre de la Santé de conclure un accord avec n'importe quelle autre province de façon à atteindre un haut niveau de liens et de coopération au sein des provinces au sujet de

l'assurance-hospitalisation et de prendre des dispositions pour qu'une personne admissible puisse élire domicile dans une province ou l'autre sans cesser d'avoir droit aux services.

Les personnes qui quittent la province temporairement pour prendre des vacances prolongées ou pour occuper un emploi temporaire peuvent être couvertes pendant une période maximale de 12 mois. Une seule approbation est accordée pour chaque période de cinq ans dans le cas d'absences de plus de six mois durant une année civile. Les résidents qui sont absents de la Colombie-Britannique pendant une partie de l'année, chaque année, doivent demeurer au Canada pendant au moins six mois de chaque année civile et maintenir leurs domiciles en Colombie-Britannique. Les personnes qui étudient à temps plein dans une école reconnue dans une autre province sont couvertes pendant la durée de leurs études.

En vertu des ententes de facturation réciproque interprovinciale et interterritoriale, les médecins, à l'exception de ceux du Québec, facturent directement leurs régimes pour les services dispensés aux habitants admissibles de la Colombie-Britannique lorsque ceux-ci présentent leur carte valide du régime de soins médicaux, la carte santé. La Colombie-Britannique rembourse les frais à la province ou au territoire au taux fixé en vertu du barème d'honoraires de la province ou du territoire dans lequel les services ont été rendus. Les frais pour les soins dispensés à des patients hospitalisés sont remboursés au taux standard d'une chambre régulière facturé réellement par les hôpitaux. Pour les services externes, le paiement correspond au taux de facturation réciproque entre les provinces et les territoires. Le paiement de ces services, sauf pour les services exclus facturés au patient, se fait par l'entremise des mécanismes de facturation réciproque entre toutes les provinces.

Comme le Québec ne participe pas aux ententes de facturation réciproque, les réclamations visant les services assurés aux bénéficiaires de la Colombie-Britannique par les médecins du Québec doivent être traitées à titre distinct. Le remboursement peut être fait soit au médecin qui assure le service, ou encore, directement au bénéficiaire qui a reçu le service, selon la personne qui présente la demande.

La section sur l'administration publique du guide Acute Care Policy expose les détails particuliers de l'entente actuelle de facturation réciproque interprovinciale et interterritoriale pour les services hospitaliers assurés. À l'exception du Québec, qui n'a pas signé l'entente, chaque régime d'assurance-hospitalisation provincial traitera les comptes des malades hospitalisés et des malades externes au nom des résidents de l'autre province ou territoire. L'entente couvre les services fournis à l'intérieur des frontières des provinces ou des territoires et prévoit l'établissement périodique des comptes entre ces derniers.

En outre, il existe une entente entre la Colombie-Britannique et le Yukon portant sur plusieurs aspects des services de soins de santé, y compris la prestation de services aériens d'ambulance, de soins d'avortement et de services de médecins. Il n'y a pas d'autre entente bilatérale spéciale en vigueur entre la province de la Colombie-Britannique ou les instances responsables des services de santé et les autorités voisines en ce qui a trait aux services fournis aux collectivités frontalières.

4.3 Couverture durant des absences temporaires (à l'étranger)

Les règlements d'application de la *Hospital Insurance Act*, la section 4 et les articles 3, 4 et 5 des Medical and Health Care Services Regulations définissent la transférabilité des services hospitaliers et médicaux assurés à l'extérieur du Canada. En 2002-2003, aucune modification ayant trait aux dispositions concernant la transférabilité n'a été apportée aux Medical and Health Care Services Regulations.

Une personne admissible qui quitte la Colombie-Britannique pour étudier à temps plein dans une université, un collège ou un autre établissement d'enseignement reconnu par la Medical Services Commission reste admissible aux services pendant la durée de son absence jusqu'au dernier jour du mois qu'elle étudiait à temps plein dans cet établissement ou, encore, si elle étudiait à l'extérieur du Canada, jusqu'au dernier jour du 60^e mois depuis la date de son départ de la Colombie-Britannique.

Une personne admissible qui quitte la Colombie-Britannique pour prendre des vacances ou pour aller travailler pendant plus

de six mois est considérée comme résidente pour les besoins de détermination de son statut de prestataire durant les premiers douze mois consécutifs de son absence, si elle obtient une autorisation préalable de la Commission, n'élit pas domicile à l'extérieur de la Colombie-Britannique et n'a pas reçu d'autorisation pour une absence similaire au cours des 60 mois précédents.

Moyennant une autorisation préalable, les services hospitaliers qui ne peuvent pas être obtenus au Canada sont couverts aux taux courants et habituels des hôpitaux. Dans d'autres circonstances, sous réserve d'une autorisation préalable, les soins dispensés à un patient hospitalisé sont couverts au taux établi pour les lits en salle commune. Les services de jour d'hémodialyse rénale peuvent être couverts au taux canadien prévu par les provinces et les territoires dans les ententes de facturation réciproque. Dans tous les autres cas, y compris les urgences et les maladies subites survenues pendant une absence temporaire de la province, les soins aux patients hospitalisés sont payés jusqu'à concurrence de 75 dollars canadiens par jour pour les adultes et les enfants et de 41 dollars canadiens pour les nouveau-nés.

En cas d'urgence ou de maladie subite, les services médicaux dispensés à l'étranger sont couverts pour les personnes admissibles temporairement absentes de la province. Les services médicaux sont payés jusqu'à concurrence du taux qui aurait été appliqué si le service avait été fourni en Colombie-Britannique, exception faite des cas autorisés d'avance en raison de circonstances particulières. Ils sont alors payés au taux en vigueur à l'endroit où le service est offert. Moyennant une autorisation préalable, le paiement des services médicaux non urgents dispensés à l'étranger peut se faire aux taux courants et habituels lorsque le service approprié n'est pas offert dans la province ou ailleurs au Canada.

4.4 Nécessité d'une approbation préalable

Aucune autorisation préalable n'est requise pour être admissible aux services facultatifs couverts en vertu des ententes de facturation réciproque interprovinciales. Par contre, une autorisation préalable de la Commission est nécessaire pour

les services qui ne sont pas assurés dans le cadre de ces ententes. Certains traitements (p. ex., pour les cas d'anorexie) exigent l'autorisation de la Performance Management and Improvement Division. Tous les services non urgents fournis à l'étranger doivent être approuvés par la Commission avant la prestation du service.

5.0 Accessibilité

5.1 Accès aux services de santé assurés

Le gouvernement de la Colombie-Britannique estime offrir un accès raisonnable aux services hospitaliers et aux soins de santé. Les bénéficiaires, tels que définis dans l'article 1 de la *Medicare Protection Act* et le guide *Acute Care Policy* du Ministry of Health Services, sont admissibles à tous les services hospitaliers et médicaux nécessaires. Pour assurer un accès équitable, sans égard au revenu des malades, la partie 4 de la *Medicare Protection Act* interdit la surfacturation par les médecins inscrits.

5.2 Accès aux services hospitaliers assurés

En 2002-2003, 7 093 lits de soins actifs approuvés étaient répartis parmi les 92 établissements de soins actifs et 150 lits de réadaptation dans des établissements de soins actifs ou de réadaptation disponibles. Par ailleurs, la province disposait de 25 centres de diagnostic et de traitement et de six postes de la Croix-Rouge.

La province donne également accès à des services de soins prolongés. En 2002-2003, on comptait 18 établissements autonomes de soins prolongés. Ces unités de soins et les lits des hôpitaux de soins actifs et de réadaptation connexes représentaient un total de 7 421 lits de soins prolongés.

En décembre 2002, on comptait 29 775 infirmières autorisées. Les hôpitaux de la Colombie-Britannique emploient également des infirmières psychiatriques autorisées et des infirmières auxiliaires autorisées. En 2002, on dénombrait 2 161 infirmières psychiatriques

autorisées et 4 957 infirmières auxiliaires autorisées. En 2002-2003, le gouvernement a octroyé une somme additionnelle de 21,5 millions de dollars au titre des stratégies sur les soins infirmiers, ce qui représente un total de 42,5 millions de dollars sur deux ans. Les stratégies sur les soins infirmiers de la Colombie-Britannique sont établies, mises au point et mises en oeuvre par le Ministry of Health Planning grâce à l'appui des infirmières et d'autres intervenants. Elles sont censées mieux répondre aux besoins en recrutement, en maintien en poste, en formation et aux besoins liés au milieu de travail des infirmières et des étudiantes infirmières de la Colombie-Britannique. En 2002-2003, les stratégies prévoyaient un plus grand nombre de places de formation (1 266 nouvelles places en soins infirmiers créées depuis 2001); des initiatives visant à encourager les infirmières de la Colombie-Britannique qui ne travaillent pas dans leur profession de retourner au système de santé; de nouvelles possibilités pour les infirmières de perfectionner leurs compétences; ainsi que des stratégies sur les soins infirmiers chez les Autochtones.

La télésanté continue d'assurer un accès amélioré aux services en Colombie-Britannique. Le 31 mars 2003 a marqué la fin de la période de financement fédéral du Programme des partenariats pour l'infrastructure canadienne de la santé (PPICS), et les autorités sanitaires régionales appuient maintenant le matériel et l'infrastructure déployés au cours du PPICS. Les services établis par le truchement des divers projets continuent d'être assurés, et de nouvelles applications sont en train d'être mises en oeuvre sur une base permanente. Les résultats des échocardiogrammes et des examens aux ultrasons effectués chez les enfants sont transmis en direct de régions éloignées de la province aux spécialistes du British Columbia Children's Hospital, ce qui permet d'assurer aux patients un accès en temps opportun à des soins au sein de leur collectivité. La tenue de vidéoconférences permet de tenir des consultations cliniques dans les domaines de l'oncologie, de la médecine materno-foetale, du counseling génétique, de la psychiatrie, de la réadaptation et du développement des enfants, de la pédiatrie, de la prise en charge des traumatismes et de la nutrition - lesquels ne constituent que quelques exemples des types de services qui ont été assurés et qui continuent de l'être par le truchement de la télésanté.

Le Ministry of Health Planning a élaboré des normes concernant l'accès aux soins actifs qui sont utilisées par les responsables en santé en vue de la restructuration des services hospitaliers. Les normes précisent le temps maximal de transport pour avoir accès à des services d'urgence, des services internes et les principaux services spécialisés. Elles font en sorte également que la majorité des résidents de la Colombie-Britannique, dans toutes les régions, ont un accès raisonnable à ces services. Dans le Ministry of Health Services Plan 2002/2003-2004/2005, des mesures du rendement ont été prévues concernant les temps d'attente pour les services clés (radiothérapie et chimiothérapie). Pour l'exercice 2002-2003, la cible pour la chimiothérapie a été atteinte, mais celle de la radiothérapie ne l'a pas été, quoiqu'une amélioration importante et soutenue ait été enregistrée par rapport à l'exercice 2000-2001.

En mai 2002, le gouvernement de la Colombie-Britannique a établi un nouveau cadre de gestion des immobilisations, lequel précise les normes minimales de la province en matière de gestion des immobilisations. Le cadre encourage les organismes à préparer des plans de gestion des immobilisations et à passer en revue toutes les options s'offrant pour aborder les besoins en matière d'infrastructure. Le Ministry of Health Services oeuvre de concert avec les instances responsables des services de santé afin de mettre en oeuvre le nouveau cadre de travail. À cet égard, un plan de mise en oeuvre vient récemment d'être établi et comprend l'établissement de l'ordre de priorité des éléments clés pour lesquels des politiques et/ou des outils du Ministère sont requis pour appuyer les pratiques exemplaires dans le secteur de la gestion des immobilisations.

Afin d'appuyer les instances responsables des services de santé et le Ministry of Health Services dans le cadre de la préparation des plans de gestion des immobilisations, un projet d'établissement d'un répertoire d'établissements de soins de santé et d'évaluation a été amorcé en 2002-2003.

Depuis la restructuration des instances responsables des services de santé et l'introduction de plans de services et d'accords sur le rendement en 2001-2002, les instances responsables des services de santé ont l'aptitude et l'incitation à assurer l'utilisation et l'entretien appropriés des installations et du

matériel des hôpitaux pour satisfaire les besoins des patients et des dispensateurs.

Pour faciliter la tâche aux instances responsables des services de santé, le plan triennal des dépenses en immobilisations du Ministry of Health Services de 2002-2003 comprenait les éléments suivants :

- ❑ 100 millions de dollars pour la conversion des installations actuelles afin de prévoir des utilisations plus appropriées qui soient conformes aux nouvelles priorités régionales. Au 31 mars 2003, la somme de 25,47 millions de dollars de cette affectation avait été approuvée;
- ❑ 138 millions de dollars afin de mettre en oeuvre le plan de santé mentale (p. ex., les établissements de soins psychiatriques tertiaires à Kamloops). Au 31 mars 2003, la somme de 21,13 millions de dollars de cette affectation avait été approuvée;
- ❑ 115 millions de dollars par année pour entretenir et améliorer les installations, ainsi que pour acheter du matériel.

Un certain nombre de projets d'immobilisations terminés en 2002-2003 ont permis de prévoir des installations de soins de santé nouvelles et améliorées pour les habitants de la Colombie-Britannique. Parmi les grands projets menés à bien, il convient de mentionner les suivants :

- ❑ L'amélioration de 2,45 millions de dollars du bloc opératoire au Richmond General Hospital a été terminée en mai 2002.
- ❑ L'hôpital de 31,1 millions de dollars, le Mount Saint Mary Hospital à Victoria, a ouvert ses portes en mars 2003. L'établissement ultramoderne est une installation de soins en établissement de cinq étages doté de 200 lits prévu pour les personnes ayant des besoins complexes en soins. L'établissement est unique en son genre en ce sens qu'il est conçu comme une collectivité, étant doté de 16 maisons de 12 ou 13 pièces, y compris des pièces que l'on retrouve communément dans une maison. L'aire commune, qui offre divers services, est conçue pour créer l'atmosphère d'une rue de village.
- ❑ L'amélioration de 1,5 million de dollars du laboratoire de pathologie au Children's and Women's Health Centre of BC terminée en octobre 2002.
- ❑ Les travaux de construction reliés à la phase 1 de redéveloppement du Fort St. John

General Hospital de 6,3 millions de dollars ont été terminés en janvier 2002.

- En avril 2002, les travaux de construction reliés à l'amélioration de 1,5 million de dollars de la tour des soins de courte durée au Langley Memorial Hospital ont été terminés.
- Le complexe de soins de longue durée doté de 44 lits et construit au coût de 9 millions de dollars, le Rotary Manor, a ouvert ses portes en décembre 2002.
- L'élargissement de 1,13 million de dollars de l'établissement Iris House, soit l'ajout de 10 lits, a été terminé en mars 2003. L'établissement spécialisé de soins psychiatriques situés sur le terrain du Prince George Regional Hospital aidera à héberger et à traiter des personnes souffrant de troubles mentaux graves ou persistants en offrant une évaluation, un traitement et la réadaptation.

Le *BC HealthGuide Program*, entrepris en 2001, prévoit une approche globale axée sur les soins personnels unique au Canada, une approche reposant sur la diffusion d'information sous différentes formes, notamment :

- Le *BC HealthGuide Handbook* - livré gratuitement à tous les ménages en C.-B., renferme des conseils sur la prévention et le dépistage précoce des maladies, sur le moment de consulter un médecin, des conseils sur les soins personnels à domicile, ainsi que de l'information sur la prise en charge des maladies chroniques.
- Le *BC First Nations Health Handbook* a été élaboré en partenariat avec le Comité de santé des Chefs des Premières nations de la C.-B. - il contient des renseignements bien précis sur les services de santé offerts aux collectivités autochtones. Le *BC First Nations Health Handbook* a été distribué aux collectivités autochtones en janvier 2003. Le livret fournit aux collectivités autochtones les outils et les renseignements nécessaires pour les aider à améliorer leur état de santé.
- Le *BC HealthGuide OnLine* - vient compléter les renseignements figurant dans le livret, comptant plus de 35 000 pages ayant fait l'objet d'un examen par des médecins et couvrant 2 500 questions de santé détaillées sur les symptômes et les affections. Le site Web, www.bchealthguide.org, est mis à jour trimestriellement.

- La *BC NurseLine* - sans frais d'interurbain 24 heures par jour, 7 jours semaine, offre des services de triage et d'éducation sanitaire par téléphone. Les infirmières autorisées ont reçu une formation spéciale pour se servir de protocoles approuvés par des médecins dans le cas de symptômes et d'affections aigus ou chroniques. La ligne permet de donner aux gens les renseignements dont ils ont besoin, quand ils en ont besoin et là où ils en ont besoin, et comprend des services pour les personnes sourdes et malentendantes, ainsi que des services de traduction vers plus de 130 langues différentes - améliorant ainsi l'accès pour tous les habitants de la Colombie-Britannique. En 2002-2003, la *BC NurseLine* a reçu plus de 170 000 appels.
- Les *BC Health Files* - une série de plus de 146 feuillets d'information d'une page faciles à comprendre et portant sur une vaste gamme de questions de santé et de sécurité publiques et environnementales. Les feuillets d'information sont disponibles dans les 120 bureaux de santé et plus de la province, les ministères et certains autres bureaux (les services d'aide aux employés du gouvernement, les centres de santé des Autochtones, les cabinets de médecins et les cliniques, et les postes de soins infirmiers).

5.3 Accès aux services médicaux et de chirurgie dentaire assurés

En 2002-2003, 4 471 omnipraticiens, 3 421 spécialistes et 249 dentistes ont offert des services médicaux et de chirurgie dentaire assurés (rémunérés à l'acte).

Le Ministry of Health Services a mis en oeuvre plusieurs nouveaux programmes en vertu de la nouvelle *Subsidiary Agreement for Physicians in Rural Practice* afin d'améliorer la disponibilité et la stabilité des services médicaux dans les régions urbaines, rurales et éloignées de plus petite taille de la Colombie-Britannique. Le *Rural Retention Program* prévoit pour les médecins ruraux admissibles (environ 1 200) des primes et il est maintenant offert aux médecins visiteurs et aux suppléants. Par l'entremise du *Northern and Isolation Travel Assistance Outreach Program*, des fonds ont été octroyés pour couvrir les coûts de quelque 1 355 visites de médecins de famille et de spécialistes dans des collectivités rurales. Le *Northern and Isolation Travel Assistance Outreach Program* a été

élargi et a aidé les médecins pratiquant dans environ 50 petites collectivités à recevoir des bourses pour poursuivre leur formation médicale continue et à prendre des vacances. Un programme provisoire d'un an, le *Rural Specialist Locum Program*, prévoit un soutien de suppléant pour les spécialistes de base dans 16 collectivités rurales pendant que des efforts de recrutement de médecins sont déployés. Le *Rural Education Action Plan* a favorisé la formation de médecins en pratiques rurales par l'entremise de plusieurs volets, notamment l'expérience de la pratique rurale pour les étudiants en médecine et l'amélioration des capacités des médecins ayant le droit de pratique. Le *Rural Loan Forgiveness Program* permet de réduire les prêts d'étudiants de la C.-B. de 20 pour cent pour chaque année de pratique en région rurale des médecins, des infirmières, des sages-femmes et des pharmaciens.

Plusieurs mesures additionnelles ont été prises en 2002-2003 pour améliorer l'accès aux services médicaux. En novembre 2002, la Colombie-Britannique a reçu 74 millions de dollars en vertu d'un engagement de financement fédéral sur une période de quatre ans pour effectuer des améliorations durables aux *Soins de santé primaires* et améliorer l'accès des patients à des services globaux et de haute qualité dans les cabinets de médecins et les cliniques communautaires - les premiers points de contact habituels avec le système de soins de santé.

En février 2003, un ensemble d'avantages sociaux et d'incitatifs de 58,5 millions de dollars a été mis en oeuvre afin d'attirer les médecins dans les régions rurales et d'améliorer l'accès des patients qui y habitent.

Des plans ont été entrepris afin de mettre en oeuvre l'engagement, annoncé en mars 2002, de la somme de 134 millions de dollars pour élargir les installations de l'école de médecine à la *University of British Columbia* et établir des programmes de médecine par satellite à la *University of Northern British Columbia* et à la *University of Victoria*. Ces mesures permettront de presque doubler le nombre de places dans les écoles de médecine d'ici 2005.

5.4 Rémunération des médecins

La province de la Colombie-Britannique négocie avec la *British Columbia Medical Association* afin d'établir les modalités, les prestations et les compensations générales à la fois pour les médecins rémunérés à l'acte et pour les médecins rémunérés d'autres façons, notamment les médecins salariés.

Le gouvernement de la Colombie-Britannique et la *British Columbia Medical Association* ont signé un protocole d'entente le 26 mars 2002 concernant l'augmentation rétroactive des honoraires pour l'exercice 2001-2002, ainsi qu'un processus pour résoudre les questions en suspens. L'entente de trois ans prévoyait une augmentation de 392 millions de dollars par année pour la rémunération des médecins, ainsi que des augmentations au titre de l'utilisation. De plus, un mécanisme de règlement des différends a été mis en place et prévoit la conciliation et l'arbitrage exécutoire. Les ententes de fait et auxiliaire signées en novembre 2002 prévoient des paiements rétroactifs équivalents à 6,2 pour cent pour la période du 1^{er} avril au 31 octobre 2001 et de 11,6 pour cent pour la période du 1^{er} novembre 2001 au 31 mars 2002. L'entente augmentait également le programme de services sur appel de 80 millions de dollars, permettant ainsi de prévoir des paiements jusqu'à concurrence de 125 millions de dollars par année. L'entente de travail prend fin le 31 mars 2004 et le protocole d'entente, le 31 mars 2005. Pour ce qui est de la deuxième entente cadre, elle est en vigueur jusqu'au 31 mars 2006. Les négociations concernant l'entente de travail ont été entreprises en octobre 2003.

Au cours de l'exercice 2002-2003, le *Medical Services Plan (MSP)* a versé en tout environ 1,904 milliard de dollars aux médecins exerçant dans la province. Pour les services médicaux fournis à l'extérieur de la province, y compris ceux dispensés au Canada et à l'extérieur du pays, le régime a versé environ 17,1 millions de dollars en vertu d'ententes de facturation réciproque avec d'autres provinces ou territoires.

L'article 13 de la *Medicare Protection Act* prévoit que les praticiens (notamment les médecins et les professionnels de la santé, tels que les dentistes) qui sont inscrits en vertu de la Loi et qui offrent des services à un prestataire sont admissibles au paiement pour services rendus

conformément au barème d'honoraires approprié. La *Association of Dental Surgeons of BC* et le Ministère ont récemment terminé une révision du barème d'honoraires dentaires afin d'assurer que les services assurés ne dépassent pas la somme disponible. Cependant, une entente renouvelée n'a pas encore été conclue. L'article 13.1 de la Loi qui exige le retrait obligatoire des médecins du régime de soins médicaux à l'âge de 75 ans a été abrogé en 2002 en vertu de la *Health Services Statutes Amendment Act* de 2002. Cet amendement est entré en vigueur le 4 juillet 2002.

Les services médicaux dispensés dans la province sont payés aux médecins par l'entremise du MSP, d'après la facturation présentée par ceux-ci. Le patient n'intervient habituellement pas dans le processus de paiement. Quatre-vingt-dix-huit pour cent des demandes d'indemnités se font électroniquement par l'entremise du système Teleplan. Le reste est présenté à partir de cartes de demandes d'indemnités par des médecins dont le nombre de patients est moindre et par d'autres professionnels de la santé.

La Medical Services Commission finance également des programmes complets de services de soins de santé par l'entremise d'ententes contractuelles avec des médecins. L'Alternative Payments Program (APP) du Ministry of Health Services administre le financement destiné à des programmes particuliers en l'octroyant aux six instances responsables des services de santé en Colombie-Britannique et aux Nisga'a, qui, à leur tour, établissent des ententes avec des médecins pour leurs services ou leur temps par le truchement de contrats de services ou de la rémunération à la vacation. Un certain nombre d'ententes provinciales, négociées à titre d'ententes auxiliaires de l'entente cadre et de l'entente de travail entre le gouvernement de la Colombie-Britannique et la British Columbian Medical Association, établissent les conditions régissant la rémunération des médecins qui assurent des services financés par le gouvernement, y compris ceux financés par l'APP. Environ 2 305 médecins ont souscrit à ces mécanismes de financement de type APP.

5.5 Paiements aux hôpitaux

L'article 9 de la *Hospital Insurance Act* exigeait auparavant que le ministre verse directement une somme d'argent à tous les hôpitaux afin de les rembourser pour les coûts associés aux services hospitaliers assurés qu'ils ont offerts. À compter du 12 décembre 2001, dans le cadre de son initiative de restructuration des soins de santé visant à rentabiliser et à responsabiliser davantage les instances responsables des services de santé, le gouvernement a restructuré les instances régionales responsables des services de santé en regroupant les 52 instances en 5 instances régionales. L'article 9 de la *Hospital Insurance Act* a été modifié en 2003 (la *Health Services Statutes Amendment Act, 2003*) afin de tenir compte du fait que les hôpitaux ne sont plus financés directement par le gouvernement. Le financement des services hospitaliers assurés est maintenant consenti par le truchement des instances responsables des services de santé.

En 2002-2003, le financement total accordé aux instances responsables des services de santé était de 6,1 milliards de dollars, y compris les fonds pour les hôpitaux, les soins prolongés, la santé publique et la prévention des maladies et les programmes de santé mentale pour adultes. Les paiements aux hôpitaux de l'extérieur de la province au Canada (avec ou sans hospitalisation) totalisaient 51,4, et 2,8 millions de dollars à l'étranger pour les services assurés fournis aux habitants de la Colombie-Britannique en 2002-2003.

6.0 Reconnaissance accordée aux transferts fédéraux

Le gouvernement de la Colombie-Britannique a reconnu le financement octroyé par le gouvernement fédéral par l'entremise du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux et a produit des rapports à ce propos dans divers sites Web gouvernementaux et documents du gouvernement provincial. Pour l'exercice 2002-2003, ces documents incluent les suivants :

- Comptes publics pour 2001-2002 (déposés le 11 juillet 2002);
- Comptes publics pour 2002-2003 (déposés le 27 juin 2003);

- ❑ Budget et plan financier de 2003-2004 à 2005-2006 (déposés le 18 février 2003);
- ❑ Budget des dépenses, exercice se terminant le 31 mars 2004 (déposé le 18 février 2003).

7.0 Services complémentaires de santé

La Performance and Management Improvement Division du Ministry of Health Services finance et offre une vaste gamme de services de soins de soutien communautaires afin de venir en aide aux personnes qui ont des problèmes de santé à long terme entravant leur autonomie ou qui ont besoin de soins actifs pouvant être donnés à domicile. Ces services comprennent : la gestion de cas; les services de soutien à domicile (soutien à domicile, soins infirmiers communautaires à domicile, physiothérapie, ergothérapie, conseils en nutrition, services de travailleurs sociaux, repas); les services de soins en établissement (foyers de soins familiaux, foyers de groupe, foyers personnels et établissements de soins); les soins palliatifs communautaires; les établissements de soins et les services de soutien spécial (centres de jour pour adultes, services de relève et centres d'évaluation et de traitement). Fournis à l'échelle communautaire, les services sont dispensés par l'intermédiaire des instances responsables des services de santé.

Les services de soins en établissement assurent aux adultes dont on ne peut plus s'occuper à domicile des soins et une surveillance dans un milieu protégé et favorable.

Les services de soins infirmiers communautaires à domicile fournissent des soins infirmiers professionnels aux personnes de tout âge dans leur propre foyer. Ces services sont offerts sur une base non urgente et comprennent l'évaluation, la formation, la consultation, la coordination des soins et les soins infirmiers directs pour les clients ayant des besoins en matière de services prolongés, actifs ou palliatifs ou encore, de services de réadaptation.

Les services de soutien à domicile offrent une aide avec les activités quotidiennes et les soins personnels. Les centres de jour pour adultes

offrent un programme intra-muros d'activités sociales, récréatives et liées à la santé.

Les services d'aide à la vie autonome prévoient une entente d'hébergement avec assistance consistant en une unité privée munie d'une porte se fermant à clé, des services d'accueil et des services de soins personnels.

Un Palliative Care Benefits Program a été mis en œuvre en 2001 afin de fournir aux clients des soins palliatifs à domicile comprenant des médicaments servant à contrôler la douleur et à soulager les symptômes, ainsi que des fournitures médicales et de l'équipement, sans frais.

8.0 Documents supplémentaires présentés à Santé Canada

Rapports annuels

- ❑ Ministry of Health Planning 2002/03 Annual Service Plan Report
www.bcbudget.gov.bc.ca/annualreports/hp/hp.pdf
- ❑ Ministry of Health Services 2002/03 Annual Service Plan Report
www.bcbudget.gov.bc.ca/annualreports/hs/hs.pdf

Rapports du vérificateur

- ❑ Une vérification de Performance Agreements entre le Ministry of Health Services et les Health Authorities, Bureau du vérificateur général de la Colombie-Britannique, 2003-2004 Rapport 1 – mai 2003
www.bcauditor.com/PUBS/2003-04/Report1/Health/May2003.pdf
(Ce rapport a été publié en 2003-2004, mais il examine la performance des accords pour les exercices 2002-2003 à 2004-2005)

Rapports financiers

- ❑ 2002/03 Public Accounts, Ministry of Finance
www.fin.gov.bc.ca/ocg/pa/02_03/PA_2003_all.pdf
- ❑ Medical Services Commission Financial Statement 2003
www.healthservices.gov.bc.ca/msp/financial_statement.html

- ❑ Budget Papers: British Columbia Budget 2003
www.bcbudget.gov.bc.ca/
- ❑ Ministry of Health Services Service Plan 2003/04 - 2005/06
www.bcbudget.gov.bc.ca/sp2003/hs/hs.pdf
- ❑ Ministry of Health Planning Service Plan 2003/04 – 2005/06
www.bcbudget.gov.bc.ca/sp2003/hp/hp.pdf

Législation

- ❑ Les lois ainsi que tous les règlements auxquels nous faisons référence, sont affichés par titre en ordre alphabétique.
www.qp.gov.bc.ca/statreg/

Autres documents

- ❑ Medical Services Commission Payment Schedule
www.healthservices.gov.bc.ca/msp/infoprac/physbilling/payschedule/index.html
- ❑ MSC for BC Residents (l'information en ligne concernant l'admissibilité, l'inscription, et les avantages)
www.healthservices.gov.bc.ca/msp/infoben/index.html
- ❑ L'image de la santé : Comment moderniser le système de soins de santé de la Colombie-Britannique (Décembre 2002)
www.healthplanning.gov.bc.ca/cpa/publications/picture_of_health.pdf
- ❑ Une brochure sur la santé des premières nations en Colombie-Britannique : Un manuel guide pour la Colombie-Britannique
www.bchealthguide.org/first_nations_healthguide.pdf

Introduction

Les régimes d'assurance-santé du gouvernement du Yukon sont le Régime d'assurance-santé du Yukon (RASY) et le Régime d'assurance-hospitalisation du Yukon (RAHY). Le Régime d'assurance-santé du Yukon est administré par un directeur, lequel est nommé par le membre du conseil exécutif (ministre). Le Régime d'assurance-hospitalisation du Yukon est géré par un administrateur, lequel est nommé par le commissaire en conseil exécutif (commissaire du Territoire du Yukon). Le directeur du RASY et l'administrateur du RAHY portent ci-après le titre de « directeur des services de santé assurés et de l'ouïe ». Toute mention du « régime » dans le présent texte concerne soit le Régime d'assurance-santé du Yukon ou le Régime d'assurance-hospitalisation du Yukon. Il n'existe aucune instance régionale responsable de la santé.

L'objectif du système de soins de santé du Yukon est d'assurer l'accès aux services médicaux et hospitaliers assurés, et la transférabilité de ces derniers conformément aux dispositions de la *Loi sur l'assurance-santé* et de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation*. La couverture des régimes s'étend à tous les résidents admissibles du Territoire du Yukon, selon des modalités uniformes. Le ministre de la Santé et des Affaires sociales est responsable de la prestation de tous les services de santé assurés. L'administration de la prestation de ces services est centralisée au ministère de la Santé et des Affaires sociales. Au 31 mars 2003, le nombre de personnes admissibles inscrites au régime de soins de santé du Yukon s'élevait à 30 558.

D'autres services assurés sont offerts aux résidents admissibles du Yukon. Ils comprennent le programme d'assurance-déplacements, le programme de prestations versées aux malades chroniques et aux personnes handicapées, les programmes d'assurance-médicaments et d'assurance-santé complémentaire, et le programme d'assurance-médicaments et de soins de la vue pour les enfants. Le gouvernement du Yukon offre aussi une gamme de programmes de services non

assurés, notamment les services de soins continus, de soins infirmiers communautaires, de santé communautaire et de santé mentale.

Les initiatives de soins de santé dans le territoire concernent des aspects comme l'accès et la disponibilité des services, le recrutement et le maintien en poste des professionnels de la santé, les soins de santé primaires, l'élaboration de systèmes et de modes alternatifs de paiement et de prestation de services soit, plus précisément :

- ❑ la télésanté continue de croître et permet de relier des patients aux fournisseurs de soins de santé;
- ❑ des initiatives concernant les soins primaires permettront d'élargir et de renforcer la prestation de services et de moderniser et d'améliorer le système;
- ❑ le nombre de lits en soins prolongés a augmenté;
- ❑ on dispose d'un nouveau programme d'imagerie médicale;
- ❑ le nombre de médecins de famille a augmenté;
- ❑ le nombre de spécialistes a augmenté;
- ❑ le nombre d'infirmières autorisées est resté le même.

Par rapport aux prévisions faites pour 2001-2002, les dépenses de santé prévues au budget de 2002-2003 ont augmenté comme suit :

- ❑ les services de santé assurés ont augmenté de 950 000 \$.
- ❑ les services hospitaliers du Yukon ont augmenté de 558 000 \$.
- ❑ les soins continus ont augmenté de 4 416 000 \$.
- ❑ les soins infirmiers communautaires et les services médicaux d'urgence ont augmenté de 229 000 \$.
- ❑ les programmes de santé communautaire ont augmenté de 102 000 \$.

Parmi les principaux défis liés à l'avancement de la prestation des services de santé assurés dans le territoire, il faut souligner :

- ❑ l'incapacité de mieux relier les coordonnées et les services actuels et les fournisseurs de service;
- ❑ le recrutement et le maintien en poste de professionnels de la santé qualifiés;
- ❑ l'augmentation des coûts connexes à la prestation de services, notamment ceux des produits pharmaceutiques, des établissements de la demande du grand public, et de la main-d'œuvre;
- ❑ l'augmentation des coûts pour maintenir et gérer les services de santé assurés et les programmes d'assurance-santé complémentaires;
- ❑ l'augmentation des coûts liés aux changements démographiques;
- ❑ l'acquisition et l'entretien de nouveaux appareils de diagnostics et de traitement de pointe.

1.0 Gestion publique

1.1 Régime d'assurance-santé et autorité publique

La *Loi sur l'assurance-santé*, adoptée le 1^{er} avril 1972, établit le cadre législatif pour le paiement de services médicaux assurés aux résidents admissibles du Yukon. La *Loi sur l'assurance-hospitalisation*, adoptée le 9 avril 1960, établit le cadre législatif pour le paiement de ces montants aux hôpitaux, en fonction du coût des services assurés qu'ils fournissent aux assurés.

Sous réserve des dispositions de l'article 5 de la *Loi sur l'assurance-santé* et de son Règlement, le mandat et la fonction du directeur des services de santé assurés et de l'ouïe sont :

- ❑ d'élaborer et d'administrer le régime;
- ❑ de déterminer l'admissibilité aux services de santé assurés;
- ❑ d'inscrire des personnes au régime;
- ❑ d'effectuer les paiements en vertu du régime, et de décider de l'admissibilité à ces paiements et en fixer les montants;

- ❑ de fixer les montants payables pour les services de santé assurés à l'extérieur du Yukon;
- ❑ de créer des comités consultatifs et de nommer des particuliers chargés d'aider au fonctionnement du régime;
- ❑ d'intenter des poursuites et de négocier des règlements à l'amiable dans l'exercice du droit du gouvernement du Yukon d'être subrogé aux droits des assurés au titre de la présente Loi;
- ❑ d'effectuer des enquêtes et des programmes de recherche, et d'obtenir des statistiques à ces fins;
- ❑ de déterminer les renseignements qui doivent être fournis en application de la présente Loi et les formes sous lesquelles ils doivent être fournis;
- ❑ de nommer des inspecteurs et des vérificateurs pour examiner les dossiers médicaux, rapports et comptes pour en tirer des renseignements;
- ❑ de s'acquitter des autres fonctions dont le charge le membre du Conseil exécutif en application de la présente Loi.

Aucune modification n'a été apportée à la législation en 2002-2003.

Sous réserve des dispositions de l'article 6 de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation* et de son Règlement, le mandat et la fonction du directeur des services de santé assurés et de l'ouïe sont :

- ❑ de mettre en oeuvre et d'administrer le régime;
- ❑ de fixer l'admissibilité et le droit aux services assurés;
- ❑ de fixer les montants qui peuvent être versés pour acquitter le coût des services assurés offerts à des bénéficiaires;
- ❑ de 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, relativement à la fourniture de services assurés à des bénéficiaires;
- ❑ d'agréer des hôpitaux pour l'application de la présente Loi;
- ❑ d'effectuer des enquêtes et des programmes de recherche, et d'obtenir des statistiques à ces fins;

- ❑ de nommer des inspecteurs et des vérificateurs pour examiner les livres, rapports et comptes des hôpitaux pour en tirer des renseignements;
- ❑ de prévoir les formules et les livres nécessaires à la mise en oeuvre de la présente Loi;
- ❑ d'accomplir toute autre fonction que les règlements peuvent lui attribuer.

Aucune modification n'a été apportée à la législation en 2002-2003.

1.2 Liens hiérarchiques

Le ministère de la Santé et des Affaires sociales relève de l'assemblée législative et du 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 l'ouïe présente un rapport annuel au membre du Conseil exécutif relativement à l'administration des deux régimes d'assurance-santé. L'état des recettes et des dépenses est déposé devant l'assemblée législative et doit faire l'objet de discussions.

L'état des recettes et des dépenses pour les programmes d'assurance-santé de la Direction des services de santé est déposé tous les ans durant la séance d'automne de l'assemblée législative. Le rapport devant être déposé en décembre 2002 couvre les exercices 1997-1998 à 2002-2003.

1.3 Vérification des comptes

Le Régime d'assurance-santé et le Régime d'assurance-hospitalisation sont vérifiés 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 30 de la *Loi sur le Yukon (Canada)*. Le vérificateur général doit mener une vérification annuelle des transactions et des états financiers consolidés du gouvernement du Yukon. De plus, le vérificateur général du Canada doit signaler à l'assemblée législative du Yukon tout point, du ressort de la vérification, qui doit être communiqué à l'assemblée.

La vérification la plus récente concernait l'exercice se terminant le 31 mars 2003.

En ce qui a trait à la Régie des hôpitaux du Yukon, le paragraphe 11(2) de la *Loi sur les hôpitaux* exige que chaque hôpital remette « un rapport de ses activités pour l'exercice précédent; ce rapport comporte notamment les états financiers de la Régie et le rapport du vérificateur ». Ce rapport doit être présenté au ministère de la Santé et des Affaires sociales dans les six premiers mois de chaque exercice.

1.4 Mandataire désigné

Le Régime d'assurance-santé du Yukon n'a aucune autre agence désignée autorisée à recevoir des montants payables ou à verser des paiements au titre de la *Loi sur l'assurance-santé* ou de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation*.

2.0 Intégralité

2.1 Services hospitaliers assurés

Adoptés le 9 avril 1960, les articles 3, 4, 5 et 9 de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation* et les articles 2, 4, 5, 9 et 11 du Règlement concernant les services d'assurance-hospitalisation établissent le pouvoir d'offrir des services hospitaliers assurés. Aucune modification n'a été apportée à la législation en 2002-2003.

En 2002-2003, 15 établissements situés sur l'ensemble du territoire ont dispensé des services hospitaliers assurés aux malades hospitalisés et externes. Ces établissements comprennent un hôpital général, un hôpital pavillonnaire¹ et 12 centres de santé². Des services de soins infirmiers sont offerts dans un poste sanitaire satellite³.

- 1 Cet établissement offre des traitements d'urgence 24 heures sur 24, admet des patients à court terme et offre des soins de relève.
- 2 Les infirmières communautaires, en l'absence d'un médecin, fournissent des soins cliniques quotidiens dans le cadre de traitements médicaux, de programmes de santé communautaire et de services d'urgence 24 heures sur 24.
- 3 Des infirmières communautaires offrent des services itinérants selon un horaire régulier établi.

Adoptée le 7 décembre 1989, la *Loi sur les hôpitaux* établit que la législature et le gouvernement ont la responsabilité de veiller à ce que « soient respectées les méthodes appropriées d'exploitation et les normes indiquées 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. À l'heure actuelle, la Régie des hôpitaux du Yukon fonctionne en vertu d'un agrément de trois ans accordé par le Conseil canadien d'agrément des services de santé.

Depuis avril 1997, le gouvernement du Yukon assume la responsabilité, au lieu du gouvernement fédéral, des centres de santé. Ces établissements, dont le Watson Lake Cottage Hospital, se conforment au cadre de pratique pour le personnel infirmier en santé communautaire travaillant dans les postes de soins infirmiers et les centres de soins de santé de la Direction générale des services médicaux ainsi qu'au cadre de pratique pour le personnel infirmier. Le cadre de pratique pour le personnel infirmier de soins généraux a été terminé et mis en oeuvre en février 2002.

En vertu des alinéas e) et f) de l'article 2 du Règlement concernant les services d'assurance-hospitalisation, les services rendus dans un hôpital agréé sont assurés. La définition des « services assurés aux patients hospitalisés » qui figure à l'alinéa e) de l'article 2 inclut tous les services suivants fournis aux malades hospitalisés, à savoir :

- « (i) l'hébergement et les repas correspondant à ceux en salle commune ou au service normal;
- (ii) les services infirmiers essentiels;
- (iii) les examens de laboratoire, radiographies et épreuves diagnostiques ainsi que l'interprétation de leurs résultats dans le but de préserver la santé, de prévenir la maladie ou de faciliter le diagnostic et le traitement d'un traumatisme, d'une maladie ou d'un handicap;

- (iv) les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes indiqués à l'annexe B du Règlement, lorsqu'ils sont fournis par l'hôpital;
- (v) l'usage de la salle d'opération, de la salle d'examen et des installations d'anesthésie, y compris du matériel et des fournitures connexes;
- (vi) les fournitures chirurgicales habituelles;
- (vii) l'usage des installations de radiothérapie, s'il y a lieu;
- (viii) l'usage des installations de physiothérapie, s'il y a lieu;
- (ix) les services rendus par des personnes touchant une rémunération de l'hôpital. »

La définition des « services assurés aux malades externes » qui figure à l'alinéa f) de l'article 2 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 :

- « (i) les services infirmiers essentiels;
- (ii) 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;
- (iii) les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes indiqués à l'annexe B du Règlement, lorsqu'ils sont fournis par l'hôpital;
- (iv) l'usage de la salle d'opération et des installations d'anesthésie, y compris du matériel et des fournitures connexes;
- (v) les fournitures chirurgicales habituelles;
- (vi) les services rendus par des personnes touchant une rémunération de l'hôpital;
- (vii) l'usage des installations de radiothérapie, s'il y a lieu;
- (viii) l'usage des installations de physiothérapie, s'il y a lieu. »

Conformément au Règlement concernant les services d'assurance-hospitalisation, tous les services offerts aux patients hospitalisés et aux malades externes dans un hôpital approuvé par des employés de cet établissement sont des services assurés. Les soins infirmiers, les

produits pharmaceutiques, les fournitures, les services diagnostiques et chirurgicaux habituels sont offerts. Tout nouveau programme ou toute amélioration ayant d'importantes répercussions financières ou les réductions de services ou de programmes doivent obtenir l'approbation du ministre de la Santé et des Affaires sociales. Cette procédure est gérée par le directeur des services de santé assurés et de l'ouïe. Pour les questions concernant les changements de niveau de service, des membres du conseil d'administration de l'hôpital représentent le public.

Un nouveau programme territorial de tomographie par ordinateur a été mis sur pied à l'Hôpital général de Whitehorse à l'automne 2002. Le gouvernement a fourni 1,5 million de dollars pour l'achat d'un tomodensitomètre et d'un système de stockage d'images. Le programme a connu un grand succès et permet aux résidents du Yukon d'avoir un meilleur accès à des services de diagnostic standards.

Ces mesures permettront au Territoire de dépendre un peu moins des services offerts à l'extérieur du territoire.

Aucun service n'a été interrompu en 2002-2003.

2.2 Services médicaux assurés

Les articles 1 à 8 de la *Loi sur l'assurance-santé*, adoptée le 1er avril 1972, et les articles 2, 3, 4, 7, 10 et 13 du Règlement sur le Régime d'assurance-santé du Yukon prévoient la prestation de services médicaux assurés. Aucune modification n'a été apportée à la législation en 2002-2003.

Le Régime d'assurance-santé du Yukon couvre les services médicalement nécessaires fournis par des médecins. Un médecin qui désire participer au Régime d'assurance-santé du Yukon doit satisfaire aux exigences suivantes :

- déposer une demande de permis, conformément à la *Loi sur la profession médicale*;
- maintenir son permis, conformément à la *Loi sur la profession médicale*.

Au 31 mars 2003, il y avait 59 médecins résidents participant au Régime d'assurance-santé du Yukon.

Aux termes du paragraphe 7(5) du Règlement sur le Régime d'assurance-santé du Yukon, les médecins du territoire peuvent facturer directement des patients pour des services assurés s'ils font part de cette décision par un avis écrit. En 2002-2003, aucun médecin n'a remis d'avis écrit concernant sa décision de toucher des honoraires autrement que par l'entremise du Régime d'assurance-santé du Yukon.

Les services médicaux assurés au Yukon sont définis comme des services médicalement nécessaires rendus par un médecin. Une liste des services non assurés par le régime figure à l'article 3 du Règlement. Les services non couverts par le régime comprennent les suivants : consultations téléphoniques, services médicaux-légaux, préparation de dossiers et de rapports, services rendus à la demande d'un tiers, services fournis à des fins esthétiques et services désignés comme non médicalement nécessaires.

Du 1^{er} avril 2001 au 31 mars 2002, les services suivants ont été ajoutés à la liste des services médicaux couverts par le Régime d'assurance-santé du Yukon :

- vérification préanesthésique complexe;
- excision de l'endométriome par voie laparoscopique;
- gestion de la troisième étape du travail prolongé;

La procédure suivie pour ajouter un code de rémunération au Relative Value Guide to Fees (Guide de la valeur relative des honoraires)⁴ est gérée par un comité. Elle exige que les médecins déposent une demande par écrit au comité de liaison de l'Association médicale du Yukon et du Régime d'assurance-santé du Yukon.

À la suite de cet examen, une décision est rendue concernant l'inclusion ou l'exclusion du service. Les coûts ou les honoraires sont normalement établis en fonction des coûts ou honoraires similaires payés dans d'autres administrations. Une fois que la valeur de la rémunération pour un service particulier a été fixée, tous les médecins du Yukon en sont informés. La consultation publique n'est pas requise.

⁴ Guide des honoraires des médecins.

De nouveaux faits peuvent subsidiairement être appliqués à la suite d'un processus de négociation 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 l'ouïe gère cette procédure, et aucune consultation publique n'est nécessaire.

2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

Les dentistes qui fournissent des services de chirurgie dentaire assurés en vertu du Régime d'assurance-santé du Yukon doivent être autorisés à exercer en vertu de la *Loi sur les professions dentaires* et possèdent des numéros à inscrire sur les factures qu'ils présentent au Régime d'assurance-santé du Yukon pour la prestation de services dentaires assurés. En 2002-2003, quatre chirurgiens stomatologistes, deux dentistes et deux orthodontistes faisaient parvenir leurs factures au régime pour des services dentaires assurés fournis à des résidents du Yukon.

Les dentistes peuvent choisir, comme les médecins, de ne pas participer au régime de soins de santé. En 2002-2003, aucun dentiste n'a fourni d'avis écrit selon lequel il choisissait de toucher ses honoraires autrement que par l'entremise du Régime d'assurance-santé du Yukon.

Les services dentaires assurés se limitent aux actes de chirurgie dentaire inscrits à l'annexe B du Règlement et qui ne peuvent être exécutés que dans un hôpital en raison des ressources uniques qu'ils exigent (p. ex., correction chirurgicale du prognathisme ou de la micrognathie).

L'ajout de services de chirurgie dentaire à la liste des services assurés ou le retrait de ces services exige l'apport d'une modification établie par décret à l'annexe B du Règlement concernant les services d'assurance-santé. Les décisions concernant la couverture sont fondées sur la nécessité d'offrir le service dans un hôpital sous anesthésie générale. Le directeur des services de santé assurés et de l'ouïe gère ce processus.

2.4 Services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

Seuls les services prescrits et rendus conformément à la *Loi sur l'assurance-santé* et son Règlement et à la *Loi sur l'assurance-hospitalisation* et son Règlement sont assurés. Aucun autre service n'est couvert.

Les services médicaux non assurés comprennent les suivants :

- les services non médicalement nécessaires;
- les frais d'interurbains;
- la préparation ou la fourniture d'un médicament;
- les consultations téléphoniques à la demande de la personne assurée;
- les services médico-légaux, y compris les examens et les rapports;
- les services fournis à des fins esthétiques;
- l'acupuncture;
- les interventions expérimentales.

L'article 3 du Règlement sur le Régime d'assurance-santé du Yukon renferme une liste partielle des services non assurés.

Les services hospitaliers non assurés comprennent :

- l'hospitalisation des non-résidents;
- les services d'infirmières spéciales ou privées 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;
- la télévision;
- le téléphone;
- les médicaments et les produits biologiques requis par un malade après son congé de l'hôpital. (Ces services ne sont pas fournis par l'hôpital.)

Les services dentaires non assurés comprennent :

- les actes jugés restaurateurs;
- les actes qui ne sont pas exécutés dans un hôpital sous anesthésie générale.

La législation stipule aussi que tous les services auxquels une personne est admissible et a droit, en vertu de toute autre *Loi*, ne sont pas assurés.

Tous les résidents 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 compromet en rien l'accès aux services assurés. Les assurés sont informés de leurs options en matière de traitement lorsqu'ils reçoivent le service.

Le territoire 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 au directeur des services de santé assurés et de l'ouïe de se tenir au courant des préoccupations relatives à l'usage et aux services.

Dans le territoire, les médecins peuvent facturer directement les patients pour des 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, sans s'y limiter, la préparation de formulaires de demande d'emploi et de rapports médicaux juridiques, le transfert de dossiers, les examens par des tiers, certains services non urgents, les frais de fournitures médicales ainsi que les prescriptions, les conseils et le counseling 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.

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 Relative Value Guide to Fees (guide de la valeur relative des honoraires), notamment les décisions consistant à retirer certains

services. En collaboration avec le conseiller médical du Yukon, le comité prend une décision en se fondant sur des preuves médicales indiquant que le service n'est pas médicalement requis, est inefficace ou pose un risque potentiel à la santé des malades. 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 l'ouïe gère ce processus.

Aucun service n'a été retiré du Relative Value Guide to Fees (Guide de la valeur relative des honoraires) en 2002-2003.

- **Services hospitaliers** : Il est nécessaire qu'une modification établie par décret soit apportée aux alinéas e) et f) de l'article 2 du Règlement sur l'assurance-hospitalisation du Yukon. Au 31 mars 2003, aucun service hospitalier fourni aux malades hospitalisés ou externes, en vertu du Règlement, n'a été retiré. Le directeur des services de santé assurés et de l'ouïe gère le processus en collaboration avec la Régie des hôpitaux du Yukon.
- **Services de chirurgie dentaire** : Il est nécessaire qu'une modification établie par décret soit apportée à l'annexe B du Règlement sur l'assurance-hospitalisation. Un service peut être retiré s'il n'est plus jugé médicalement nécessaire ou qu'il ne doit plus être exécuté sous anesthésie générale dans un hôpital. Le directeur des services de santé assurés et de l'ouïe gère ce processus.

3.0 Universalité

3.1 Admissibilité

Les exigences régissant 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. Sous réserve des dispositions de ces lois et de leurs règlements, tous les résidents du Yukon sont admissibles à des services de santé assurés en vertu de modalités uniformes. La définition du mot « résident » est celle qui est utilisée dans la *Loi canadienne sur la santé* : « 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 ou en visite au Yukon ». S'il y a lieu, l'admissibilité de toutes les personnes est gérée conformément à l'Accord interprovincial-territorial sur l'admissibilité et la transférabilité.

En vertu du paragraphe 4(1) des deux règlements sur les soins de l'assurance-santé, « un assuré est admissible aux services assurés et y a droit après minuit, le dernier jour du second mois suivant son arrivée au Yukon ». Aucune modification touchant l'admissibilité n'a été apportée à la législation en 2002-2003.

Les personnes suivantes ne sont pas admissibles à une couverture 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 par les dispositions liées à une absence temporaire);
- ❑ les visiteurs du territoire;
- ❑ les revendicateurs du statut de réfugié;
- ❑ les membres des Forces canadiennes;
- ❑ les membres de la Gendarmerie royale du Canada;
- ❑ les détenus des pénitenciers fédéraux;
- ❑ les détenteurs de permis d'étude;
- ❑ les personnes ayant un permis de travail valable pour moins d'un an.

Ces personnes peuvent devenir admissibles à la couverture si elles respectent au moins l'une des conditions suivantes :

- ❑ fournir une preuve de résidence dans le territoire;
- ❑ devenir résident permanent;
- ❑ le lendemain du jour où elles obtiennent leur congé ou leur libération si elles sont en poste dans le territoire ou si elles y résident.

3.2 Exigences relatives à l'inscription au régime

Aux termes de l'article 16 de la *Loi sur l'assurance-santé*, « Chaque résident, sauf les personnes à charge ou celles qui sont exemptées par les règlements, est tenu de s'inscrire lui-même et d'inscrire les personnes à

sa charge auprès du directeur des services de santé assurés et de l'ouïe selon les modalités – de forme et de temps – réglementaires. » L'inscription est gérée conformément à l'Accord interprovincial-territorial sur l'admissibilité et la transférabilité.

On conseille aux gens qui s'installent avec les personnes à leur charge âgées de moins de 19 ans dans le territoire de présenter une demande d'inscription au Régime d'assurance-santé du Yukon dès leur arrivée. Pour ce faire, elles doivent remplir une formule d'inscription disponible dans les bureaux des services de santé assurés ou auprès des agents territoriaux de la communauté. Une fois la couverture entrée en vigueur, une carte de santé est émise. Chaque membre de la famille reçoit une carte de santé et un numéro de santé distincts. Les cartes de santé expirent chaque année, à la date d'anniversaire du résident, et une étiquette de mise à jour affichant une nouvelle date d'expiration est envoyée en conséquence.

Au 31 mars 2003, 30 534 résidents étaient inscrits au Régime d'assurance-santé du Yukon.

3.3 Autres catégories de personnes

Le Régime d'assurance-santé du Yukon prévoit la couverture d'autres catégories de personnes comme suit :

Catégorie	Couverture
Canadiens de retour au pays	aucune période d'attente
Résidents permanents	aucune période d'attente
Permis ministériel	aucune période d'attente s'il y a eu autorisation
Réfugiés au sens de la Convention	aucune période d'attente si le réfugié est titulaire d'un permis de travail ¹
Travailleurs étrangers	aucune période d'attente si le travailleur est titulaire d'un permis de travail ¹
Ecclésiastiques	aucune période d'attente si la personne est titulaire d'un permis de travail

1 Le permis de travail doit être valable pour une période de plus de 12 mois.

Au cours de l'année 2002-2003, le nombre estimatif de nouveaux assurés au Yukon qui répondent aux critères ci-dessous était le suivant :

Catégorie	Nombre d'individuels
Canadiens de retour au pays	27
Résidents permanents	36
Permis ministériel	1
Réfugiés au sens de la Convention	0

Au 31 mars 2003, le nombre estimatif de personnes assurées au Yukon qui répondent aux conditions ci-dessous était le suivant :

Catégorie	Nombre d'individuels
Travailleurs étrangers	33
Ecclésiastiques	0

3.4 Primes

Le paiement de primes par les résidents du Yukon a été aboli le premier avril 1987.

4.0 Transférabilité

4.1 Délai minimal de résidence

Les personnes en provenance d'une autre région du Canada qui s'installent au Yukon ont droit à la couverture en vertu du paragraphe 4(1) du Règlement sur le Régime d'assurance-santé du Yukon et du Règlement sur l'assurance-hospitalisation du Yukon. Selon la réglementation, « un bénéficiaire est admissible aux services assurés à compter de minuit, le dernier jour du deuxième mois suivant le mois de son arrivée au Yukon ».

4.2 Couverture durant des absences temporaires au Canada

Les dispositions relatives à la transférabilité de l'assurance-santé pendant les absences

temporaires à l'extérieur du Yukon, mais au Canada, sont énumérées dans les articles 5, 6, 7 et 10 du Règlement sur le Régime d'assurance-santé du Yukon, ainsi que dans l'article 6, les paragraphes (1) et (2) de l'article 7 et l'article 9 du Règlement sur l'assurance-hospitalisation du Yukon. Aucune modification n'a été apportée à la législation en 2002-2003.

Ces deux règlements stipulent que lorsqu'un assuré s'absente du territoire avec l'intention d'y revenir, il a le droit de recevoir des services assurés durant une absence de 12 mois consécutifs. On conseille aux personnes qui quittent le territoire pour une période de plus de deux mois de communiquer avec le personnel du Régime d'assurance-santé du Yukon et de remplir un formulaire d'absence temporaire, sinon leur couverture pourrait être annulée.

Les étudiants qui fréquentent un établissement d'enseignement situé à l'extérieur du territoire demeurent admissibles à l'assurance-santé pendant la durée de leurs études. Le directeur des services de santé assurés et de l'ouïe peut accorder une protection pour d'autres types d'absences supérieures à 12 mois consécutifs, moyennant la présentation d'une demande écrite par l'assuré. Les demandes de prolongation doivent être examinées chaque année et être approuvées par le directeur.

En ce qui concerne les travailleurs temporaires et les missionnaires, le directeur des services de santé assurés et de l'ouïe peut accorder une protection malgré une absence 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 être approuvées par le directeur des services de santé assurés et de l'ouïe.

Les dispositions relatives à la protection pendant des séjours temporaires au Canada sont conformes aux modalités de l'Accord interprovincial-territorial sur l'admissibilité et la transférabilité qui est entré en vigueur le 1^{er} février 2001. Les définitions ont été uniformisées dans le règlement d'application, les politiques et les procédures.

Le Yukon adhère complètement aux ententes interprovinciales et interterritoriales sur la facturation réciproque pour les services médicaux et hospitaliers, conclues avec les autres provinces et territoires, à l'exception du

Québec, qui ne participe pas aux ententes de facturation réciproque pour les 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.

Le paiement des services hospitaliers assurés fournis à l'extérieur du territoire, mais au Canada, à des malades externes ou hospitalisés résidents du Yukon et admissibles est accordé en vertu des ententes de facturation réciproque pour les services hospitaliers.

Le paiement des services médicaux assurés fournis à l'extérieur du territoire, mais au Canada, est accordé aux résidents admissibles en vertu des ententes de facturation réciproque. Le paiement est versé à la province d'accueil aux taux établis par cette dernière.

Les services assurés offerts aux résidents du Yukon pendant une absence temporaire du territoire sont payés aux taux fixés par la province hôte. En 2002-2003, les montants suivants ont été versés à des hôpitaux à l'extérieur du territoire.

Patients hospitalisés	Patients externes
5 861 530 \$	1 037 692 \$

Remarques : Les chiffres sont établis en fonction de la date de service et peuvent être rajustés.

En 2002-2003, les montants versés à des médecins à l'extérieur du territoire atteignaient 1 799 019 \$. Ce chiffre inclut les montants versés à l'extérieur du Canada, et est établi en fonction de la date de paiement⁵.

4.3 Couverture durant des absences temporaires à l'étranger

Les dispositions relatives à la transférabilité de l'assurance-santé des assurés pendant les séjours temporaires à l'étranger sont énoncées aux articles 5, 6, 7, 9, 10 et 11 du Règlement sur le Régime d'assurance-santé du Yukon,

⁵ Les montants versés à l'extérieur du pays sont fournis aux lignes 22 et 23 de la section sur le Yukon de l'annexe A — Statistiques sur les régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux.

ainsi qu'à l'article 6, aux paragraphes 7(1) et (2), et à l'article 9 du Règlement sur l'assurance-hospitalisation du Yukon. Aucune modification n'a été apportée à la législation en 2002-2003.

En vertu des articles 5 et 6, un assuré qui est absent du territoire et qui a l'intention d'y revenir est admissible aux services assurés pendant une période de 12 mois consécutifs.

On conseille aux personnes qui quittent le territoire pour une période de plus de deux mois de communiquer avec le personnel du Régime d'assurance-santé du Yukon et de remplir un formulaire d'absence temporaire, sinon leur couverture pourrait être annulée.

Les dispositions concernant la transférabilité de l'assurance-santé en cas de séjours à l'étranger d'étudiants, de travailleurs temporaires et de missionnaires à l'étranger sont semblables à celles en vigueur pour les séjours au Canada (voir la section 4.2).

Les services médicaux assurés fournis à l'étranger aux résidents admissibles du Yukon qui sont temporairement à l'extérieur du pays sont remboursés aux taux équivalents à ceux du Yukon. En vertu du Régime d'assurance-santé du Yukon, la somme est versée à l'assuré ou directement au fournisseur du service assuré.

Les services hospitaliers assurés fournis, à l'extérieur du Canada, aux résidents du Yukon admissibles qui sont hospitalisés sont payés aux taux établis par le Règlement sur le taux normalisé pour un traitement en clinique pour l'Hôpital général de Whitehorse. Le taux normalisé de l'Hôpital général de Whitehorse était, au 1^{er} avril 2003, de 1 165 \$. Le taux a diminué par la suite, pour atteindre 1 100 \$ par jour le 1^{er} août 2003. Ce taux, établi par décret, est obtenu de la façon suivante :

- taux normalisé en salle commune = (total des frais d'exploitation - coûts d'hospitalisation non liés aux malades - coûts des naissances - coûts des services fournis aux malades externes) / (total des jours-patients - jours-patients pour les autres services (p. ex., aux non-Canadiens).

Les services hospitaliers assurés fournis à l'extérieur du Canada aux malades externes admissibles du Yukon sont remboursés au taux établi par le Règlement sur la facturation des

soins dispensés en consultation externe. Ce taux, qui est actuellement de 110 \$, est établi par décret et a été fixé par le Comité de coordination des ententes interprovinciales en assurance-santé (CCEIAS).

En 2002-2003, les montants suivants ont été versés pour des services d'urgence et des services non urgents offerts aux résidents du Yukon admissibles qui se trouvaient à l'étranger :

Patients hospitalisés	Patients externes
9 339 \$	2 451 \$

Remarque : Les chiffres sont fixés en fonction de la date de service et peuvent être rajustés.

4.4 Nécessité d'une approbation préalable

Aucune exigence législative n'oblige les résidents admissibles à obtenir une autorisation avant de recevoir des services médicaux ou hospitaliers facultatifs ou d'urgence à l'étranger.

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 aucuns frais modérateurs ou de coassurance. Les services sont tous offerts de façon uniforme et ne font face à aucun obstacle, financier ou autre.

Les services hospitaliers ou médicaux qui ne sont pas offerts localement sont assurés par un programme de déplacement pour fins médicales, par un programme de télésanté ou par un programme qui prévoit le déplacement d'un médecin spécialiste. Ces programmes permettent de s'assurer que les services médicaux essentiels sont fournis sans attente ou avec un retard minime.

Aucun service assuré en vertu du régime d'assurance-santé fourni au Yukon ne fait l'objet de surfacturation.

5.2 Accès aux services hospitaliers assurés

En vertu de la *Loi sur les hôpitaux*, « l'assemblée législative et le gouvernement ont la responsabilité de veiller à ce que puissent être offerts les installations et les programmes hospitaliers nécessaires ». Le ministre doit approuver toute modification importante du niveau de prestation des services. Il n'y a pas de pénurie de lits pour soins actifs, et il n'existe aucune liste d'attente aux deux établissements de soins actifs.

Au 31 mars 2003, on comptait le nombre de lits suivants dotés en personnel dans les établissements qui offrent des services hospitaliers assurés :

Établissement	Numéro des lits
Hôpital général de Whitehorse	49 ^a
Hôpital Watson Lake Cottage	12

(Pour obtenir de plus amples renseignements sur le nombre et le type de lits d'hôpitaux au Yukon, consultez les points 3 et 4 de l'annexe pertinente sur les statistiques.)

a On peut encore ouvrir huit lits supplémentaires pour soins actifs si les tendances d'occupation de l'Hôpital général de Whitehorse en indiquent le besoin.

Les décisions quant au nombre de lits pour soins actifs sont prises par l'Hôpital général de Whitehorse et les services infirmiers communautaires, et sont fondées sur l'utilisation et le complément d'effectif. Compte tenu de sa population, on considère que le Yukon compte un nombre suffisant de lits d'hôpitaux.

Le Yukon ne dispose pas de lits de réadaptation. Les malades sont envoyés à l'extérieur du territoire pour recevoir ces services, habituellement à Vancouver ou à Edmonton.

Au 31 mars 2003, on estimait que le nombre suivant d'infirmières et de professionnels de la santé travaillaient à temps plein (ETP) dans les établissements qui offrent des services hospitaliers assurés au Yukon :

Profession	Hôpital général de Whitehorse Nbre d'ETP	Watson Lake Cottage Nbre d'ETP
Infirmières autorisées	72	8
Infirmières auxiliaires autorisées	8	S.O.
Infirmière praticienne	0	S.O.
Travailleur social	1	S.O.
Pharmaciens	2	S.O.
Physiothérapeutes	4,4	S.O.
Ergothérapeute	1	S.O.
Psychologue	1	S.O.
Techniciens en radiologie et de laboratoire médical	21	S.O.
Diététistes	3,5	S.O.
Santé publique	S.O.	2
Soins à domicile	S.O.	1

L'Hôpital général de Whitehorse et les services infirmiers communautaires gèrent, en collaboration avec le ministère de la Santé et des Affaires sociales, l'effectif des infirmières et des professionnels de la santé dans les deux hôpitaux du territoire. Les pénuries de main-d'œuvre sont comblées par des travailleurs temporaires, occasionnels ou auxiliaires afin que l'on puisse s'assurer que les résidents ont continuellement accès à des services assurés.

Initiatives de recrutement et maintien en poste

Voici certaines initiatives de recrutement et de maintien en poste :

Services infirmiers communautaires

- Un comité consultatif du Yukon sur les services infirmiers a été mis sur pied pour informer le ministère de la Santé et des affaires sociales des enjeux liés aux soins infirmiers. Les recommandations formulées par le comité aideront le Yukon à recruter et

à maintenir en poste des infirmières à court et à long terme.

- salaires concurrentiels
- primes relatives au recrutement et au maintien en fonction
- participation à des salons de l'emploi
- possibilités de formation et d'éducation
- postes d'allègement

Hôpital général de Whitehorse

- Salaires concurrentiels
- Échelle salariale qui tient compte de l'expérience
- Horaires de travail coopératif
- Centre d'entraînement sur place ouvert 24 heures sur 24
- Clinique mensuelle d'acquisition de compétences
- Formation et perfectionnement continu
- Primes d'éloignement/2 000 \$ après une année
- Allocation pour les habitants de régions éloignées/jusqu'à 5 400 \$

Établissement

Hôpital général de Whitehorse : Comme il s'agit du seul hôpital important de soins actifs du territoire, l'établissement offre des services d'urgence 24 heures sur 24, ainsi que des services aux malades hospitalisés et aux malades externes. Des médecins locaux offrent, en rotation, les services d'urgence.

Les patients qui doivent subir une chirurgie d'urgence à l'Hôpital général de Whitehorse sont habituellement opérés dans les 24 heures. Les patients qui doivent subir une chirurgie non urgente attendent de une à deux semaines. Le nombre de cliniques de médecins spécialistes visiteurs est fréquemment modifié pour réduire les délais d'attente, particulièrement en ce qui concerne les services d'orthopédiste, d'oto-rhino-laryngologiste et d'ophtalmologiste (voir la section 5.3).

Des services chirurgicaux sont offerts dans les domaines suivants :

- soins orthopédiques mineurs;
- certains soins orthopédiques majeurs;
- gynécologie;

- ❑ pédiatrie;
- ❑ troubles gastriques généraux;
- ❑ mastectomie;
- ❑ trauma (urgence);
- ❑ oto-rhino-laryngologie;
- ❑ ophtalmologie, y compris la chirurgie de la cataracte.

Les services de diagnostics comprennent :

- ❑ la radiologie (y compris l'échographie, la tomodensitométrie, la radiologie et la mammographie);
- ❑ les analyses de laboratoire;
- ❑ les électrocardiogrammes.

Certains services de réadaptation sont offerts dans le cadre de traitements externes.

Hôpital Watson Lake Cottage : Un second établissement de soins actifs est situé à Watson Lake. Il offre des services médicaux dans les domaines de la traumatologie d'urgence, de la maternité, des soins orthopédiques mineurs, de la cellulite et des retards de croissance, ainsi que des services de relève. Les services de diagnostic incluent la radiologie, les analyses de laboratoire et les électrocardiogrammes. L'établissement compte 12 lits, et il n'y a pas de liste d'attente pour y être admis.

Le seul autre établissement du Yukon qui offre des services à des patients hospitalisés se trouve à Dawson City et n'offre que des services pendant 48 heures. Les services d'urgence 24 heures sur 24 et les services aux malades externes sont fournis par les 12 centres de santé communautaire. Dans ces centres, au moins une infirmière communautaire, de même que du personnel auxiliaire, offre des services.

Les patients qui ont besoin d'un service hospitalier assuré qui n'est pas offert localement sont transférés dans des établissements de soins actifs dans le territoire ou à l'extérieur du territoire par l'entremise du programme d'assurance-déplacements.

Mesures pour mieux gérer l'accès aux services assurés

On a pris un certain nombre de mesures pour mieux gérer l'accès aux services hospitaliers assurés. Le ministère de la Santé et des

Affaires sociales continue de collaborer avec la Régie des hôpitaux du Yukon et les responsables des soins infirmiers communautaires pour s'assurer que les délais d'attente pour des services hospitaliers assurés dans le territoire diminuent ou restent les mêmes. Par exemple :

- ❑ Tous les centres de santé ruraux du Yukon ont accès à des défibrillateurs cardiaques. Les infirmières praticiennes communautaires ont donc accès à un outil précieux, qui leur permet d'améliorer l'accès local à des soins cardiaques.
- ❑ Le ministère assiste aux salons de recrutement destiné aux infirmières qui ont lieu à travers le Canada. Il a offert aux infirmières présentes de l'information sur le travail dans le territoire.
- ❑ Le comité d'évaluation technique continue de formuler des recommandations à l'intention du Ministère concernant les services et les programmes de santé au Yukon, au besoin. Il a comme mandat d'établir les modalités de la mise sur pied, de l'élimination, de l'expansion ou de la réduction des programmes ou des services.
- ❑ La télésanté continue d'offrir des vidéos en temps réel pour faciliter l'accès aux services ainsi que la prestation de services entre les collectivités rurales et Whitehorse, et entre Whitehorse et des centres externes en Colombie-Britannique ou en Alberta. Le financement a été offert en date du 31 octobre 2003 par l'entremise du Programme des partenariats pour l'infrastructure canadienne de la santé (PPICS).

Des séances de télésanté ont lieu fréquemment entre Whitehorse et les régions rurales du Yukon, de même qu'entre Whitehorse et la Colombie-Britannique. Les patients, des médecins, des infirmières, des travailleurs sociaux, des psychiatres, des conseillers en santé mentale et des professionnels d'autres secteurs connexes, comme des représentants en santé communautaire et des travailleurs qui s'occupent du mieux-être des membres des Premières nations ont assisté à ces séances.

5.3 Accès aux services médicaux et de chirurgie dentaire assurés

Conformément à la législation et à l'administration des services, tous les résidents admissibles du Yukon ont droit au même accès aux services dentaires et médicaux assurés, selon des modalités uniformes.

Au 31 mars 2003 (voir le point n° 30 de l'annexe statistique), les dentistes, les spécialistes et les médecins résidents suivants offraient des services au Yukon :

En exercice	Nombre de Praticiens
Médecins de famille et omnipraticiens	53
Médecins spécialistes	6
Dentistes	8

Outre la répartition habituelle des médecins et des spécialistes dans le territoire, l'accès uniforme aux services médicaux et dentaires assurés est accru grâce au programme d'assurance-déplacements. Ce programme couvre les coûts du transport médicalement requis, permettant ainsi aux personnes admissibles d'avoir accès à des services non offerts dans leur collectivité. Des personnes admissibles sont couramment envoyées à Whitehorse, à Vancouver, à Edmonton ou à Calgary pour y recevoir des services.

La plupart des médecins du Yukon se trouvent à Whitehorse. À l'extérieur de Whitehorse, seules deux collectivités rurales ont des médecins résidents rémunérés à l'acte : Dawson City et Watson Lake. Deux autres médecins contractuels desservent les résidents de Faro et de Mayo.

Le programme de médecins itinérants offre l'accès local à des services médicaux assurés dans dix collectivités rurales et éloignées. La fréquence des consultations itinérantes est en fonction de la demande et de l'utilisation. Les médecins qui offrent des services itinérants par l'entremise de ce programme sont indemnisés, en vertu d'un contrat, pour le temps de pratique perdu, le kilométrage, les repas et l'hébergement, en plus du paiement à la séance ou de la facturation à l'acte.

De plus, le ministère de la Santé et des Affaires sociales, de même que le programme de médecins spécialistes itinérants, permet d'offrir à l'Hôpital général de Whitehorse, aux services de santé mentale ou à l'unité des maladies transmissibles du Yukon des services de spécialistes itinérants non résidents qui ne sont habituellement pas offerts dans le territoire. Les spécialistes itinérants voient leurs dépenses remboursées, en plus du paiement à la séance ou de la facturation à l'acte.

Le tableau suivant fait état du nombre de spécialistes qui fournissent des services dans le cadre du programme de médecins spécialistes itinérants et qui relèvent du ministère de la Santé et des Affaires sociales :

Spécialités	Nombre de médecins
Ophthalmologie	1
Oncologie	3
Orthopédie	3
Médecine interne	1
Oto-rhino-laryngologie	2
Neurologie	1
Rhumatologie	1
Dermatologie	1
Chirurgie dentaire ¹	3
Maladies infectieuses ¹	1
Psychiatrie ¹	3

1 Il s'agit de services non fournis dans le cadre du programme des médecins spécialistes tels qu'administrés par l'Hôpital général de Whitehorse.

Les consultations des spécialistes itinérants se tiennent de une à huit fois par année, selon la demande de service et la disponibilité des spécialistes. Au 31 mars 2003, les périodes d'attente pour des services spécialisés non urgents étaient estimées comme suit :

Service spécialisé	Liste d'attente
Ophthalmologie	de 03 à mois
Orthopédie	de 1 à 22 mois
Oto-rhino-laryngologie	de 1 à 12 mois
Neurologie	de 3 à 5 mois
Rhumatologie	de 3 à 5 mois
Chirurgie dentaire ¹	de 2 à 3 mois

1 Il s'agit de services non fournis dans le cadre du programme des médecins spécialistes tels qu'administrés par l'Hôpital général de Whitehorse.

Remarque : Il n'existe aucune liste d'attente pour les services itinérants qui ne figurent pas dans la liste ci-dessus. Les patients sont traités à la visite suivante (on parle des services d'oncologie, de médecine interne, de dermatologie, de maladies infectieuses et de psychiatrie).

Le ministère de la Santé et des Affaires sociales a pris plusieurs mesures pour réduire les périodes d'attente pour les services médicaux assurés. Différentes initiatives de recrutement et de maintien en poste ont été entamées en 2001-2002 et 2002-2003 pour accroître le nombre de médecins résidents et suppléants dans le territoire. Ces initiatives comprennent :

- ❑ **Programme de soutien aux médecins résidents** : aide à couvrir les dépenses liées aux déplacements, à l'hébergement et aux véhicules des médecins résidents faisant partie d'un programme de médecine générale et des étudiants en médecine du Yukon.
- ❑ **Programme de soutien aux médecins suppléants** : aide à couvrir les dépenses liées aux déplacements et à l'hébergement des médecins offrant des services de suppléance aux médecins résidents.
- ❑ **Fonds pour le déménagement des médecins** : aide à couvrir les coûts de déménagement au Yukon des médecins de famille recrutés. Une promesse de service est exigée.
- ❑ **Fonds pour l'établissement de bureaux** : aide les médecins qui s'installent au Yukon dans une région que le comité conjoint de gestion a désignée comme une région ayant besoin de ressources médicales additionnelles.
- ❑ **Programme de soutien à l'éducation** : offre un soutien aux médecins du Yukon qui

quittent le territoire pour aller suivre une formation spécialisée. Une promesse de service post-formation est exigée.

- ❑ **Fonds pour la formation en région rurale** : offre un soutien aux médecins en région rurale afin qu'ils puissent maintenir leurs compétences en matière de salle d'urgence dans le cadre de cours spécialisés.

En 2002-2003, des modifications ont été apportées à la *Loi sur la profession médicale* afin de prévoir l'émission de licences spéciales en vue de répondre à un besoin démontré. Le candidat doit déjà s'être vu offrir un poste assujéti à une licence spéciale dans le territoire, et le ministre de la Santé et des Affaires sociales doit déclarer par écrit qu'il y a un besoin démontré.

5.4 Rémunération des médecins

Le ministère de la Santé et des Affaires sociales obtient son mandat du gouvernement du Yukon avant de négocier avec l'Association médicale du Yukon (AMY). L'AMY et le gouvernement nomment chacun des membres de l'équipe de négociation. Ces derniers se réunissent jusqu'à ce qu'ils en arrivent à un accord. L'équipe de négociation de l'AMY demande aux membres de l'AMY d'approuver le projet d'entente. Le ministère de la Santé et des Affaires sociales demande au gouvernement du Yukon de ratifier l'entente. L'entente finale est signée avec l'assentiment des deux parties.

Les plus récentes négociations concernant les honoraires se sont terminées le 26 mars 2002. Le protocole d'entente qui en a résulté est entré en vigueur le 1er avril 2002 et se terminera le 31 mars 2004. Le protocole d'entente établit les modalités de paiement pour les volets suivants :

- ❑ Rémunération à l'acte des médecins;
- ❑ Autres modes de rémunération des médecins;
- ❑ Formation médicale continue;
- ❑ Assurance de la profession médicale;
- ❑ Programmes d'avantages sociaux.

La *Loi sur l'assurance-santé* et le Règlement sur le Régime d'assurance-santé du Yukon régissent le paiement des services médicaux et de chirurgie dentaire assurés. Aucune modification n'a été apportée à la législation en 2002-2003.

La majeure partie des services médicaux et de chirurgie dentaire assurés fournis aux résidents est remboursée en fonction du système de rémunération à l'acte. En 2002-2003, deux médecins pratiquant à temps plein en région rurale et deux spécialistes résidents sont rémunérés sur une base contractuelle. Trois médecins qui offrent des consultations dans une région périphérique sont rémunérés à taux fixe pour chaque séance.

5.5 Paiements aux hôpitaux

Le gouvernement du Yukon finance la Régie des hôpitaux du Yukon (l'Hôpital général de Whitehorse) par l'entremise d'accords de contribution globaux conclus avec le ministère de la Santé et des Affaires sociales. Les niveaux de financement globaux des frais de fonctionnement et d'entretien et des immobilisations font l'objet de négociations, et sont établis en fonction des exigences opérationnelles et des projections fondées sur les années antérieures. Un accord de contribution d'un an est en vigueur jusqu'au 31 mars 2003.

En plus du financement des frais de fonctionnement et d'entretien et des immobilisations prévu par l'accord, les hôpitaux peuvent présenter des demandes de financement supplémentaire pour mettre en œuvre des programmes nouveaux ou améliorés.

Seul l'Hôpital général de Whitehorse reçoit directement des fonds dans le cadre d'accords de contribution. L'hôpital pavillonnaire Watson Lake et tous les centres de santé sont financés à partir du budget du gouvernement du Yukon.

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. Cette législation établit le cadre législatif régissant le versement de paiements pour les services assurés fournis par ces hôpitaux aux assurés. Aucune modification n'a été apportée à la législation en 2002-2003.

6.0 Reconnaissance accordée aux transferts fédéraux

Le gouvernement du Yukon a tenu compte des contributions fédérales versées dans le cadre du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux dans son Budget annuel des dépenses pour 2002-2003 et dans la publication de ses comptes publics. 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. Ces documents sont mis à la disposition de Santé Canada dans la section des documents supplémentaires présentés.

7.0 Services complémentaires de santé

Soins en établissement pour adulte

Des services de soins de santé communautaires sont offerts aux résidents admissibles du Yukon. En 2002-2003, trois établissements offraient un ou plusieurs des services suivants au Yukon :

- soins personnels;
- services complémentaires de santé;
- soins intermédiaires en maison de repos;
- soins spéciaux;
- soins de relève;
- programme de jour;
- popote roulante

Un nouvel établissement de soins prolongés a ouvert à l'été 2002; il compte 72 lits en service et dotés en personnel. Vingt-quatre autres lits pourront être offerts si les tendances en révèlent le besoin.

Au total, on comptait 113 lits dans des établissements de soins prolongés ou de longue durée dans le territoire en 2002-2003.

Aucune modification importante n'a été apportée à l'administration de ces services en 2002-2003.

Services de soins à domicile

Le programme de soins à domicile du Yukon offre des services d'évaluation et de traitement, de soutien personnel, d'aide sociale, de relève et de soins palliatifs. À Whitehorse, les services sont fournis par des travailleurs de soutien à domicile, des infirmières, des travailleurs sociaux et des thérapeutes. Dans les collectivités rurales, des travailleurs auxiliaires de soutien à domicile offrent des soins personnels et des services de relève aux clients. Les services sont disponibles du lundi au vendredi. À Whitehorse, d'autres services, comme un soutien planifié pendant la fin de semaine ou en soirée, peuvent être offerts jusqu'à 21 h à la fin des soins palliatifs. Des soins de 24 h ne sont pas offerts.

Services de soins de santé ambulatoires

Le programme de soins à domicile du Yukon fournit la majorité des services de soins de santé ambulatoires à l'extérieur des établissements. La plupart des autres services sont fournis par des services infirmiers communautaires ou la santé publique. Les résidents ont tous accès à ces services.

Les services susmentionnés ne sont pas prévus dans la législation.

Les résidents admissibles du Yukon ont aussi accès aux programmes et services suivants, qui ne sont pas exigés par la *Loi canadienne sur la santé* :

- ❑ **Programme de prestations aux personnes atteintes d'une incapacité ou d'une affection chronique** – Verse des prestations aux résidents du Yukon atteints d'une maladie chronique particulière ou d'un grave handicap fonctionnel. Couvre des médicaments d'ordonnance et les fournitures et pièces d'équipement médicochirurgicales nécessaires. (Règlement sur les prestations aux personnes atteintes d'une incapacité ou d'une affection chronique)
- ❑ **Programme d'assurance-médicaments et Programme d'avantages complémentaires** – Aident les aînés inscrits à assumer le coût des médicaments d'ordonnance, des soins dentaires, des soins de la vue, des services de l'ouïe et des fournitures et pièces d'équipement médicochirurgicales. (Pharmacare Plan Regulation et Extended Health Care Plan Regulation)
- ❑ **Programme d'assurance-déplacements** – Aide les résidents admissibles du Yukon à assumer le coût du transport urgent ou non urgent médicalement nécessaire par voie aérienne ou terrestre pour recevoir des services qui ne sont pas offerts à l'échelle locale. (*Loi sur les frais de déplacement liés à des soins médicaux* et son règlement)
- ❑ **Programme d'assurance-médicaments et de soins de la vue pour les enfants** – Aide les familles à faible revenu à assumer le coût des médicaments d'ordonnance, des examens de la vue et des lunettes d'ordonnance pour les personnes de 18 ans et moins. (Règlement sur les prestations pour les soins de la vue et les médicaments prescrits aux enfants)
- ❑ **Services de santé mentale** – Offre des services d'évaluation, de diagnostic, de traitement individuel et en groupe, de consultation et d'aiguillage aux personnes aux prises avec une variété de problèmes de santé mentale. (*Loi sur la santé mentale* et son Règlement).
- ❑ **Santé publique** – Fait la promotion de la santé et du bien-être partout sur le territoire au moyen de divers programmes de prévention et d'éducation. Ce programme n'est pas imposé par la Loi.
- ❑ **Programme de services ambulanciers** – Assure la stabilisation des urgences et le transport des personnes malades ou blessées du lieu de l'accident à l'établissement de santé le plus près en mesure de dispenser des soins du niveau requis. Ce programme n'est pas imposé par la Loi.
- ❑ **Programme de soins de l'ouïe** – Offre aux personnes de tous âges souffrant d'une variété de troubles de l'ouïe des services d'évaluation systématique et de diagnostic. Mène des activités de sensibilisation du public. Ce programme n'est pas imposé par la Loi.
- ❑ **Programme de soins dentaires** – Offre des soins dentaires complets — diagnostic, prévention et restauration — aux enfants du niveau préscolaire à la 8e année, à Whitehorse et à Dawson City. Les soins s'étendent jusqu'à la 12e année (fin du secondaire) dans toutes les autres collectivités du Yukon. Ce programme n'est pas imposé par la Loi.

8.0 Documents supplémentaires présentés à Santé Canada

- ❑ Liste des services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés
- ❑ *Loi sur l'assurance-santé* et son Règlement (codification administrative)
- ❑ *Loi sur l'assurance-hospitalisation* et son Règlement (codification administrative)
- ❑ *Loi sur la profession médicale* et son Règlement
- ❑ *Loi sur les hôpitaux* et son Règlement
- ❑ *Loi sur la santé mentale* et son Règlement
- ❑ *Loi sur les professions dentaires* et son Règlement
- ❑ État des revenus et des dépenses : programmes d'assurance-santé (1997-1998 à 2002-2003)
- ❑ Comptes publics du Yukon — extrait du rapport du vérificateur général, 2002-2003
- ❑ Comptes publics du Yukon — extrait des états financiers consolidés, 2000-2001
- ❑ Budget du Yukon, 2002-2003
- ❑ Dépliants de programme :
 1. Services de soins de santé à l'extérieur du Yukon
 2. Déplacement pour recevoir des soins médicaux
 3. Les services de soins de santé à l'hôpital du Yukon
 4. Programme de soins de santé à l'intention des aînées
 5. Programme pour les personnes atteintes de maladies chroniques ou d'incapacités
 6. Programme de médicaments et d'optométrie à l'intention des enfants.

Territoires du Nord-Ouest

Introduction

De concert avec sept autorités de la santé et des services sociaux (ASSS), le ministère de la Santé et des Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest (T.N.-O.) planifie, gère et offre une gamme complète de services de soins de santé et de services sociaux disponibles en milieu communautaire et dans des établissements. Les programmes de santé communautaire comprennent des cliniques quotidiennes pour les malades, des cliniques de santé publique, des soins à domicile, des programmes de santé en milieu scolaire et des programmes d'éducation. Des médecins et des spécialistes se rendent régulièrement dans les collectivités. Parmi les services offerts figurent également les interventions précoces, le soutien aux familles et aux enfants, les services de santé mentale et le traitement de la toxicomanie.

Grâce au conseil d'administration en place dans chacune des ASSS, les résidents des T.N.-O. peuvent adapter les priorités et les services à leur collectivité. Dans les T.N.-O., le personnel infirmier est le groupe de professionnels de la santé le plus important.

Évolution sur le plan démographique

Le 1^{er} avril 2003, les Territoires du Nord-Ouest comptaient environ 41 719 habitants, dont la moitié étaient des Autochtones¹. La population des T.N.-O. demeure relativement jeune, et le taux de natalité est élevé. Selon les prévisions démographiques de 2002, environ 26 p.100 de la population des T.N.-O. serait âgée de moins de 15 ans, comparativement à 18,5 p.100 pour la population canadienne dans son ensemble². Étant donné le profil de cette population, il est nécessaire de continuer à investir dans des services ciblant les enfants, les jeunes et les jeunes familles.

Bien que la population des territoires soit relativement jeune, elle est néanmoins vieillissante. On prévoit qu'en moins de vingt ans le nombre d'aînés de 65 ans et plus passera d'environ 1 700 à environ 4 600, ce qui représente une augmentation de 170 p.100. Par contraste, on s'attend à ce que la population

âgée de moins de 20 ans augmente d'environ 11 p.100 seulement au cours de la même période³. Parmi les aînés, la demande en ressources en santé est environ huit fois plus élevée que parmi la population âgée de moins de 65 ans⁴. Ces chiffres sont liés à une plus forte incidence de cancers, de problèmes circulatoires, de maladies du système nerveux et d'organes sensoriels, de blessures et de maladies respiratoires. Le nombre croissant de résidents âgés a d'importantes répercussions sur des services destinés aux personnes âgées tels que les soins à domicile et les soins de longue durée.

Évolution des conditions économiques

L'évolution des conditions économiques dans le Nord continue à avoir des répercussions sur la santé et le bien-être des résidents. La hausse des possibilités d'emploi, particulièrement dans les régions où l'on procède à l'exploitation minière et à l'exploration pétrolière et gazière, a un effet positif sur l'économie. Cette augmentation du revenu disponible peut améliorer la nutrition, la sûreté et la sécurité des familles. Cependant, l'évolution des conditions économiques a aussi engendré un accroissement des problèmes sociaux tels que l'alcoolisme ou la passion du jeu.

Des études ont démontré que les chômeurs ont une espérance de vie réduite et présentent plus de problèmes de santé que les travailleurs. Dans les collectivités de plus petite taille des T.N.-O., le faible revenu des ménages et les possibilités d'emploi restreintes conjuguées aux logements surpeuplés entraînent également du stress et se traduisent par des conditions de vie malsaines. Nous assistons également à un processus continu d'urbanisation,

1 Statistique Canada, Estimations démographiques trimestrielles et Statistique Canada, Recensement 2001.

2 Statistique Canada, CANSIM II, Tableau 051-0001, juin 2003.

3 T.N.-O. Bureau des statistiques, Projections sur commande de la population, 2000.

4 Santé Canada, *Dépenses de santé au Canada selon l'âge et le sexe*, 1980-1981 à 2000-2001 (août 2001).

particulièrement en ce qui a trait à la migration de personnes et de familles en provenance des plus petites collectivités vers les centres régionaux, dont Yellowknife, à la recherche d'emploi.

Incidence des maladies, des blessures et des décès évitables

Comparativement au reste du Canada, l'incidence des maladies, des blessures et des décès évitables demeure élevée dans les Territoires du Nord-Ouest (Rapport d'étape sur la santé de 1999). Des facteurs regrettables comme la violence familiale, les troubles du spectre de l'intoxication fœtal à l'alcool et la plupart des formes de cancer sont liés aux mauvais choix que font les personnes quant à leur mode de vie : régime alimentaire, degré d'activité physique ou consommation d'alcool, de tabac et de drogues. Les blessures et les décès associés aux blessures découlent souvent de comportements à risque. Bon nombre de besoins de soins actifs et de longue durée sont liés à la pauvreté, à un faible taux d'instruction, au chômage et à une faible estime de soi, facteurs qui peuvent donner lieu à de piètres capacités d'adaptation.

Même si la tendance est à la baisse dans le reste du Canada, le tabagisme demeure une grave préoccupation en santé publique dans les T.N.-O. Les taux de tabagisme y sont parmi les plus élevés au Canada. Les répercussions qu'entraîne le tabagisme sur les coûts des soins de santé et les coûts humains pour ce qui est des décès et des incapacités sont très importantes et ont tendance à augmenter.

Hausses des coûts des soins de santé et des services sociaux

De nombreux facteurs influent toujours sur la demande de ressources. Parmi ceux-ci, mentionnons la démographie, le recrutement et le maintien en poste des professionnels de la santé, les régimes de rémunération, les nouvelles technologies, les produits pharmaceutiques et les pratiques médicales, l'incidence accrue de maladies chroniques et de nouvelles maladies et les attentes des citoyens. L'augmentation des coûts continue d'exercer de fortes pressions sur le système.

Maintien d'un système durable

En février 2002, le ministre de la Santé et des Services sociaux a publié le document intitulé *Système de services de santé et de services sociaux. Plan d'action 2002-2005*. Ce plan d'action s'inspire des rapports et des évaluations réalisés depuis huit ans; il développe la vision et énonce les principes du plan ministériel de 1998 intitulé *Façonner notre avenir*. Le plan d'action prévoit 45 mesures assorties d'engagements, d'échéances et de résultats bien définis.

Des rapports d'étape publics ont paru tous les six mois. En mars 2003 (clôture de l'exercice), on avait réalisé 18 des 45 activités de suivi. Des améliorations sur le plan des résultats et des échéances s'imposent dans les secteurs suivants :

- les services à la population;
- le soutien au personnel;
- la gestion du système dans son ensemble;
- l'appui aux administrateurs;
- la responsabilisation du système dans son ensemble.

Technologie de l'information

Étant donné leur population relativement restreinte et répartie sur un vaste territoire isolé, les T.N.-O. se tournent vers les nouvelles technologies de l'information pour améliorer les communications entre les collectivités. Toutefois, ce sont ces mêmes facteurs qui font en sorte qu'il est coûteux et difficile de trouver des solutions technologiques et d'en assurer le maintien dans les Territoires.

La qualité et l'intégrité des données demeurent un défi dans cette région. Il importe de plus en plus que l'on mette au point de nouveaux systèmes d'information intégrés pour le Ministère et les autorités qui tiennent compte des problèmes liés à la protection des renseignements personnels des patients. Les fournisseurs réagissent à ces défis en améliorant l'accès à l'équipement et la sécurité de celui-ci dans les nouvelles applications et infrastructures. Les T.N.-O. adoptent ces nouvelles possibilités au fur et à mesure que leurs ressources financières le permettent.

1.0 Gestion publique

1.1 Régime d'assurance-santé et autorité publique

Le régime d'assurance-santé dans les T. N.-O. porte le nom de régime d'assurance-maladie des Territoires du Nord-Ouest; il comprend le régime d'assurance-maladie et le régime d'assurance-hospitalisation. L'administration du régime d'assurance-maladie est placée sous la responsabilité du directeur de l'assurance médicale, lequel est nommé en vertu de la *Loi sur l'assurance-maladie*. Le ministre gère le régime d'assurance-hospitalisation par l'entremise de conseils d'administration établis en vertu de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des services de santé et des services sociaux* des services sociaux (L.R.T.N.-O.) ou conformément aux articles 10 et 18 de cette loi, qui permettent au ministre d'approuver un contrat pour la gestion des établissements de soins de santé et de services sociaux.

Le régime de soins de santé des Territoires du Nord-Ouest est assujéti aux dispositions de la *Loi sur l'assurance-maladie* (révisée en 1988) et de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des services de santé et des services sociaux* des services sociaux (révisée en 2002). En octobre 2002, les législateurs ont apporté des modifications mineures à la *Loi sur l'assurance-maladie* et à la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des services de santé et des services sociaux* des services sociaux pour clarifier les dispositions sur la subrogation. En janvier 2001, ils ont modifié certains articles du règlement afférent à la *Loi sur l'assurance-maladie* se rapportant aux barèmes d'honoraires afin de tenir compte du contrat négocié entre l'Association médicale des T.N.-O. et le ministère de la Santé et des Services sociaux. Les négociations contractuelles, entreprises en octobre 2002, entraîneront l'adoption de modifications au barème d'honoraires en 2003.

Les pouvoirs du ministre sont exposés dans l'article 15 de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des services de santé et des services sociaux* des services sociaux et le mandat du ministre est décrit plus en détail dans la politique d'établissement du ministère de la Santé et des Services sociaux.

1.2 Liens hiérarchiques

Le ministre de la Santé et des Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest doit nommer un directeur de l'assurance médicale qui veillera à la gestion de la *Loi sur l'assurance-maladie* et du règlement pris en application de cette loi. Au cours de chaque exercice, le directeur doit présenter un rapport au ministre concernant le fonctionnement du régime d'assurance-maladie.

Le ministre doit également désigner les membres d'un conseil d'administration pour chacun des établissements des Territoires du Nord-Ouest. Des conseils de gestion sont établis en vertu de l'article 10 de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des services de santé et des services sociaux* des services sociaux ou en vertu de la *Loi sur les sociétés*. Les conseils sont établis avec le pouvoir de gérer et de surveiller les établissements de santé et de services et de voir à leur fonctionnement, et, sous réserve de la *Loi sur la gestion des finances publiques* (révisée en 2002), d'exercer tous les pouvoirs nécessaires et accessoires à ces fonctions. Les présidents des conseils sont nommés à titre amovible, tandis que le mandat des autres membres est de trois ans, jusqu'à un maximum de trois mandats consécutifs.

Conformément à la *Loi sur la gestion des finances publiques*, les comptes de chaque conseil d'administration sont vérifiés annuellement. Le ministre rencontre régulièrement les présidents des conseils, et l'on profite de cette occasion pour communiquer des renseignements non financiers.

1.3 Vérification des comptes

Le régime d'assurance-hospitalisation et le régime d'assurance-maladie sont gérés par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Le vérificateur général du Canada (VGC) est chargé de vérifier les paiements effectués en vertu du régime d'assurance-maladie. Dans le cadre de la vérification des comptes publics, le VGC vérifie également le régime d'assurance-hospitalisation.

2.0 Intégralité

2.1 Services hospitaliers assurés

Les services hospitaliers assurés sont offerts en vertu de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et de l'administration des services de santé* et des services sociaux et du Règlement afférent. Au cours de l'exercice 2002-2003, quatre hôpitaux et 28 centres de santé fournissaient des services hospitaliers assurés aux malades hospitalisés et aux malades externes dans les Territoires du Nord-Ouest.

Les T.N.-O. donnent accès à une gamme complète de services hospitaliers assurés. Les conseils d'administration sont habilités à fournir des services supérieurs aux services jugés médicalement nécessaires, bien que de tels services ne soient pas couverts par les régimes d'assurance. Les Territoires offrent aux patients hospitalisés les services assurés suivants :

- ❑ l'hébergement et les repas en salle commune;
- ❑ les services infirmiers nécessaires;
- ❑ les services de laboratoire, de radiologie et autres services de diagnostic 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 existent;
- ❑ les services de psychiatrie et de psychologie fournis dans le cadre d'un programme agréé;
- ❑ les services offerts par des personnes rémunérées par l'hôpital; et
- ❑ les services fournis par un centre approuvé de désintoxication.

Les T.N.-O. fournissent également les services externes suivants :

- ❑ les analyses en laboratoire et les radiographies, ainsi que l'interprétation de ces examens, quand elles sont requises par un médecin et effectuées par le service de

consultation externe ou dans un hôpital agréé;

- ❑ les services hospitaliers en rapport avec la plupart des interventions médicales et chirurgicales bénignes;
- ❑ les services de physiothérapie, d'ergothérapie et d'orthophonie dans un hôpital agréé;
- ❑ les services de psychiatrie et de psychologie fournis dans le cadre d'un programme offert dans un hôpital agréé.

Le Règlement sur les services d'assurance-hospitalisation donne une liste détaillée des services offerts aux patients hospitalisés et des services de consultation externe assurés. L'article 1 de ce règlement définit les services assurés aux patients externes comme les services et les fournitures offerts aux patients externes qui suivent :

- ❑ les services de laboratoire, de radiologie et autres services de diagnostic ainsi que les interprétations nécessaires pour aider à établir un diagnostic et un traitement pour toute blessure, maladie ou incapacité, à l'exclusion des procédés simples tels que les examens hématologiques et les analyses d'urine, qui font habituellement partie des examens de routine d'un médecin;
- ❑ les services infirmiers nécessaires;
- ❑ les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes tels qu'ils sont inscrits à l'annexe B, lorsqu'ils sont administrés dans un hôpital;
- ❑ l'usage des salles d'opération et des installations d'anesthésie, comprenant l'équipement et les fournitures nécessaires;
- ❑ les fournitures chirurgicales courantes;
- ❑ les services offerts par des personnes rémunérées pour ces services par l'hôpital;
- ❑ l'usage des services de radiothérapie;
- ❑ l'usage des services de physiothérapie.

Le ministre peut ajouter des services hospitaliers assurés à la réglementation. Ainsi, sur la recommandation du ministre, le commissaire peut réglementer les services aux patients hospitalisés et les services de consultation externe assurés auxquels les personnes assurées sont admissibles. Il est du ressort du ministre également de décider s'il y a lieu de recourir à une consultation publique avant de modifier la liste des services assurés.

Lorsque les services assurés ne sont pas offerts dans les Territoires du Nord-Ouest, les résidents des T.N.-O. peuvent les recevoir dans des hôpitaux d'autres provinces ou territoires. Ces services doivent être médicalement nécessaires et peuvent comprendre des transferts d'hôpital à hôpital ou des recommandations de médecins. Les T.N.-O. offrent une aide pour le transfert médical, un régime de prestations sanitaires supplémentaire prévu dans la politique de déplacements pour des fins médicales, qui assure aux résidents des T.N.-O. l'accès aux services médicalement nécessaires.

2.2 Services médicaux assurés

La *Loi sur l'assurance-maladie* des Territoires du Nord-Ouest et le Règlement afférent prévoient la prestation de services médicaux assurés. Seuls les médecins, en tant que praticiens, peuvent fournir des services médicaux assurés dans les T.N.-O. et ils doivent en avoir obtenu l'autorisation.

Les Territoires du Nord-Ouest offrent une vaste gamme de services médicaux nécessaires. On y fournit tout service considéré comme assuré, sans restriction. Tous les actes médicalement nécessaires effectués par les médecins sont assurés en vertu du régime d'assurance-maladie, y compris les services :

- ❑ de diagnostic et les services thérapeutiques approuvés;
- ❑ les services chirurgicaux nécessaires;
- ❑ les soins obstétriques complets;
- ❑ les examens de la vue;
- ❑ les consultations chez un spécialiste, même sans que le patient y ait été adressé par un omnipraticien.

Après la tenue de négociations entre l'Association des médecins des T.N.-O. et le directeur de l'assurance médicale, il est possible de prendre en considération l'ajout de nouveaux services médicaux au barème d'honoraires applicable dans les T.N.-O. Il incombe au directeur de l'assurance médicale de gérer le processus d'ajout ou d'élimination d'un service médical et de déterminer s'il est opportun de recourir à des consultations publiques avant de modifier les barèmes approuvés. Toutefois, il revient au ministre de décider d'ajouter ou de supprimer des services hospitaliers assurés au Règlement. Sur la

recommandation du ministre, le commissaire peut approuver les règlements qui suivent :

- ❑ créer un régime d'assurance-maladie en vue de fournir aux assurés, par l'entremise de médecins, des services assurés qui permettront aux Territoires, à tous égards, de recevoir des contributions du gouvernement fédéral sous le régime de la *Loi canadienne sur la santé*;
- ❑ fixer les taux d'honoraires et les frais qui peuvent être payés concernant les services assurés rendus par des médecins, à l'intérieur ou à l'extérieur des Territoires, et les conditions auxquelles les honoraires et les frais sont payables.

2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

Les services assurés et les services associés à la chirurgie buccale et maxillo-faciale ou à des interventions résultant d'une blessure à la mâchoire ou à une maladie de la bouche ou de la mâchoire sont admissibles. Seuls les chirurgiens stomatologistes peuvent présenter des demandes de paiement. Au cours de la période couverte par le rapport, il n'y avait aucun chirurgien stomatologiste dans les T.N.-O. Pour cette raison, les T.N.-O. utilisent comme guide le barème de la province de l'Alberta pour les services de chirurgie buccale et maxillo-faciale.

2.4 Services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

Voici les services fournis par les hôpitaux, les médecins et les dentistes qui ne sont pas couverts par le régime d'assurance-santé des T.N.-O. :

- ❑ les services médico-légaux;
- ❑ les examens effectués à la demande d'un tiers;
- ❑ les services non nécessaires du point de vue médical;
- ❑ les immunisations de groupe;
- ❑ la fécondation *in vitro*;
- ❑ les services offerts par un médecin aux membres de sa famille;
- ❑ les consultations téléphoniques ou les ordonnances fournies par téléphone;

- ❑ la chirurgie esthétique, sauf si elle est médicalement nécessaire;
- ❑ les services dentaires autres que les services de chirurgie buccale et maxillo-faciale nommément désignés;
- ❑ les pansements, les médicaments, les vaccins, les produits biologiques et les préparations connexes, lorsque l'acte est réalisé au cabinet du médecin;
- ❑ les lunettes et les appareils spéciaux;
- ❑ les plâtres, les appareils chirurgicaux ou les bandages spéciaux;
- ❑ les traitements fournis au cours des services de chiropratique, de podologie, de naturopathie, d'ostéopathie ou de toute autre intervention pratiquée habituellement par des personnes qui ne sont pas médecins, comme il est défini dans la *Loi sur l'assurance-maladie* et le Règlement afférent;
- ❑ les services de physiothérapie et de psychologie qui n'ont pas été donnés dans un établissement de consultation externe assuré;
- ❑ les services assurés en vertu de la *Loi sur les accidents du travail* ou de toute autre loi fédérale ou territoriale;
- ❑ les examens généraux annuels courants, dans les cas où il n'y a pas de diagnostic définissable.

Dans les Territoires du Nord-Ouest, les approbations préalables autorisant la fourniture de biens ou la prestation de services médicaux non assurés en même temps que la prestation d'un service de santé assuré doivent respecter la procédure en place, dont l'obtention de conseils auprès du conseiller médical. Celui-ci est nommé pour partager son expertise avec le directeur de l'assurance médicale. Cette approche n'entrave pas l'accès raisonnable aux services assurés pour les résidents des T.N.-O.

Sont compris dans la *Loi sur l'assurance-maladie* des T.N.-O. le règlement sur l'assurance-maladie ainsi qu'un barème d'honoraires pour les médecins. Cette loi prévoit également le pouvoir de négocier des changements ou des suppressions au barème d'honoraires des médecins. Le processus est décrit à la partie 2.2 du présent rapport.

3.0 Universalité

3.1 Admissibilité au régime

La *Loi sur l'assurance-maladie* définit l'admissibilité des résidents des Territoires du Nord-Ouest au régime d'assurance-santé des T.N.-O.

Pour définir l'admissibilité, on a recours à l'entente interprovinciale sur l'admissibilité et la transférabilité et aux directives ayant trait à l'inscription au régime d'assurance-maladie des Territoires du Nord-Ouest. Aucune modification en matière d'admissibilité n'a été apportée au cours de l'exercice 2002-2003.

Le régime d'assurance-maladie des Territoires du Nord-Ouest exclut les membres des Forces armées canadiennes, les membres de la Gendarmerie royale du Canada, les personnes purgeant une peine d'emprisonnement dans un pénitencier du gouvernement fédéral et les résidents dont la période d'attente minimale n'est pas terminée.

3.2 Exigences relatives à l'inscription au régime

Pour s'inscrire au régime, les personnes doivent remplir un formulaire de demande et fournir les documents justificatifs pertinents (visas, documents d'immigration, etc.). Les personnes doivent être en mesure de fournir, sur demande, une preuve de résidence. Au mieux, l'inscription devrait avoir lieu avant la date d'admissibilité réelle du résident. Les cartes relatives aux soins de santé sont renouvelées tous les deux ans. L'inscription est directement liée à l'admissibilité au régime. Les demandes de remboursement présentées par les résidents dont l'inscription n'est pas valide ne sont pas acceptées.

Au 18 août 2003, 39 714 résidents étaient inscrits au régime d'assurance-maladie des Territoires du Nord-Ouest. Le numéro d'inscription vient de la base de données du régime d'assurance-maladie du ministère de la Santé et des Services sociaux des T.N.-O. Il est possible que le nombre de personnes inscrites excède le nombre d'habitants des T.N.-O. Il y a des personnes, par exemple, qui n'avisent pas

toujours immédiatement le Ministère lorsqu'elles quittent les Territoires.

Le régime d'assurance-santé ne prévoit aucune possibilité de retrait officielle pour les patients.

3.3 Autres catégories de personnes assurées

Les titulaires d'un visa d'emploi, d'un visa d'étudiant et, dans certains cas, d'un visa de visiteur sont couverts par le régime si leur visa est valide pour une période d'au moins 12 mois.

4.0 Transférabilité

4.1 Délai minimal de résidence

Les personnes assurées qui déménagent dans les Territoires du Nord-Ouest sont assujetties à des périodes d'attente, conformément à l'entente interprovinciale sur l'admissibilité et la transférabilité. En général, les résidents ne sont pas assurés avant le premier jour du troisième mois lorsqu'ils s'installent de façon permanente aux T.N.-O.; ceux qui viennent y travailler pour moins de 12 mois, mais qui peuvent confirmer que la période d'emploi a été prolongée au-delà de 12 mois, ne le sont pas avant le premier jour du treizième mois.

4.2 Couverture durant des absences temporaires (au Canada)

L'entente interprovinciale sur l'admissibilité et la transférabilité et les directives d'inscription au régime d'assurance-maladie des Territoires du Nord-Ouest définissent les règles de transférabilité de l'assurance-maladie pendant des absences temporaires à l'intérieur du Canada.

Les étudiants qui s'absentent temporairement des Territoires du Nord-Ouest sont couverts pendant la période où ils fréquentent à temps plein un établissement d'enseignement postsecondaire. Les personnes qui, pour diverses raisons (travail, vacances, détachements, etc.), prévoient s'absenter des Territoires du Nord-Ouest pour une période d'un an ou moins demeurent assurées pendant un

maximum d'une année. Lorsqu'une personne a rempli un formulaire d'absence temporaire des Territoires du Nord-Ouest et que sa demande a été approuvée par le ministère de la Santé et des Services sociaux, les frais des services assurés reçus au cours d'une année dans d'autres provinces ou territoires sont entièrement payés.

Les Territoires du Nord-Ouest ont signé avec les autres provinces et territoires des ententes de facturation réciproque pour les services hospitaliers et médicaux assurés.

4.3 Couverture durant des absences temporaires (à l'étranger)

Les directives ayant trait à l'inscription au régime d'assurance-maladie des Territoires du Nord-Ouest exposent les critères qui définissent la protection assurée pendant les séjours à l'étranger.

Le sous-alinéa 11 (1) b) (ii) de la *Loi canadienne sur la santé* stipule que les résidents peuvent présenter les reçus des frais engagés pour des services fournis à l'étranger. Les T.N.-O. prévoient le remboursement personnel lorsqu'un résident des T.N.-O. quitte temporairement le Canada pour des raisons personnelles telles que des vacances et qu'il requiert des soins médicaux au cours de cette période. Ces personnes devront couvrir les frais et en demander le remboursement à leur retour aux T.N.-O. Les taux correspondent aux taux figurant dans le barème d'honoraires des médecins et aux taux fixés pour les services offerts dans les hôpitaux et les cliniques externes.

Une personne qui séjourne à l'étranger et dont la demande d'absence temporaire a été approuvée peut être couverte pour une période maximale d'un an. Au cours de la période couverte par ce rapport, aucune autorisation n'a été accordée pour assurer la couverture du régime d'assurance-maladie d'un résident des T.N.-O. pendant qu'il demeurerait à l'extérieur du Canada pour une période maximale d'un an. Dans le contexte des règles d'admissibilité, les résidents des T.N.-O. peuvent conserver leur couverture pour une période maximale d'un an s'ils quittent le Canada, mais ils doivent présenter des renseignements détaillés confirmant que leur résidence permanente demeure dans les T.N.-O. Étant donné que

personne n'était couvert par cette disposition, il n'y a eu aucune demande de paiement. Les taux correspondent aux taux figurant dans le barème d'honoraires des médecins et aux taux fixés pour les services offerts dans les hôpitaux et les cliniques externes.

4.4 Nécessité d'obtenir une approbation préalable

Les T.N.-O. exigent une approbation préalable si une personne envisage de se faire rembourser les services reçus dans d'autres provinces ou territoires ou à l'extérieur du pays. Il est également nécessaire d'obtenir une approbation préalable si l'on s'adresse à des établissements privés pour recevoir des services assurés.

5.0 Accessibilité

5.1 Accès aux services de santé assurés

Dans les Territoires du Nord-Ouest, tous les résidents ont droit à un programme d'aide financière pour les déplacements à des fins médicales et de prestations complémentaires de santé destiné à lever tous les obstacles d'ordre économique. L'article 14 de la *Loi sur l'assurance-maladie* stipule que la surfacturation n'est pas autorisée.

5.2 Accès aux services hospitaliers assurés

Il y avait des lits disponibles au cours de la période visée. En cas de pénurie, les résidents seraient transportés dans un autre établissement où l'on trouve les lits appropriés. Les hôpitaux et les centres de santé des T.N.-O. continuent d'éprouver certains problèmes de dotation en personnel à court terme qui ont des répercussions sur les activités. Cependant, grâce à certains arrangements touchant les déplacements à des fins médicales, l'accès aux services a été maintenu au cours de l'exercice 2002-2003.

Les établissements des T.N.-O. sont en mesure d'offrir une gamme de services médicaux, de

chirurgie, de réadaptation et de diagnostic. On a mis en œuvre le programme d'aide financière des T.N.-O. pour les déplacements à des fins médicales afin de permettre aux résidents de recevoir les services nécessaires non disponibles dans les établissements des Territoires.

Au cours de l'exercice 2002-2003, les Territoires du Nord-Ouest ont continué à développer le projet de télésanté pour améliorer l'accès aux services hospitaliers assurés. On a pris un certain nombre de mesures pour achever l'installation de l'équipement et la mise à niveau des trois sites WestNet (Inuvik, Fort Smith et Yellowknife) et ajouter quatre collectivités (Deline, Fort Simpson, Hay River et Holman). Quatre sites ont également été équipés en 2002-2003 pour appuyer la prestation de télésoins dans trois collectivités (Fort Resolution, Lutse'ke et Yellowknife).

En décembre 2002, le gouvernement des T.N.-O. a annoncé des investissements supplémentaires de 8,3 millions de dollars en ressources humaines pour le système de soins de santé et de services sociaux. Ces investissements ont permis de créer 42 nouveaux postes d'infirmières, de médecins, d'infirmières praticiennes et de sages-femmes, et de mettre sur pied des programmes de formation et d'encadrement pour les professionnels de la santé en poste. Ils s'inscrivent dans le prolongement d'un plan de recrutement et de maintien en poste de professionnels paramédicaux, d'infirmières et de travailleurs sociaux des T.N.-O. Ce plan, diffusé en novembre 2002, prévoyait des mesures qui permettraient d'offrir plus de perfectionnement, de formation et de soutien aux employés.

5.3 Accès aux services de soins médicaux et dentaires

Les habitants des Territoires du Nord-Ouest ont accès à tous les établissements gérés par le gouvernement des Territoires du Nord-Ouest.

Le programme d'aide financière pour les déplacements à des fins médicales permet aux résidents d'accéder aux services médicaux; le projet de télésanté a donné la possibilité aux résidents de collectivités isolées d'avoir un meilleur accès aux services spécialisés.

5.4 Rémunération des médecins

Dans les Territoires du Nord-Ouest, la *Loi sur l'assurance-maladie* et le Règlement afférent régissent les paiements versés aux médecins. Les T.N.-O. utilisent deux modes de rémunération des médecins : le régime de la rémunération des services à l'acte et les accords contractuels. La majorité des médecins de famille travaillent dans le cadre d'un accord contractuel avec les Territoires du Nord-Ouest, les autres sont rémunérés à l'acte.

Les honoraires des médecins pratiquant dans le cadre d'accords contractuels ou de la rémunération à l'acte sont établis à la suite de négociations entre la Northwest Territories Medical Association et le ministère de la Santé et des Services sociaux. Le directeur de l'assurance médicale et ses représentants négocient au nom du Ministère, et la Northwest Territories Medical Association choisit, parmi ses membres, les personnes qui feront partie de l'équipe de négociation. Le barème d'honoraires des T.N.-O., le contrat des omnipraticiens et le contrat des spécialistes des professionnels de l'autorité sanitaire territoriale de Stanton prendront fin le 31 mars 2004.

5.5 Paiements aux hôpitaux

Les paiements aux hôpitaux sont effectués conformément aux accords de contribution conclus entre les conseils d'administration et le ministère de la Santé et des Services sociaux. Les sommes allouées dans les accords sont établies d'après les ressources disponibles dans le budget global du gouvernement et le niveau de service assuré par l'hôpital.

Les paiements versés aux établissements offrant des services hospitaliers assurés sont régis par la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des services de santé et des services sociaux* des services sociaux ainsi que par la *Loi sur la gestion des finances publiques*. Aucune modification n'a été apportée aux dispositions visant les paiements aux établissements au cours de l'exercice 2002-2003. Les hôpitaux des Territoires du Nord-Ouest sont financés au moyen d'un budget global.

6.0 Reconnaissance accordée aux transferts fédéraux

Le gouvernement des Territoires du Nord-Ouest a rendu compte des fonds versés par le gouvernement fédéral dans le cadre du Transfert en matière de santé et de programmes sociaux du Canada dans des communiqués de presse et dans divers autres documents. Pour l'exercice 2002-2003, ces comptes rendus se trouvent dans les documents suivants :

- le Discours budgétaire 2002-2003;
- le Budget principal des dépenses 2002-2003;
- les Comptes publics 2001-2002;
- les plans d'activités du ministère des Finances pour la période de 2002 à 2005.

Le Budget principal des dépenses susmentionné constitue le plan financier du gouvernement; celui-ci le présente chaque année à l'Assemblée législative.

7.0 Services complémentaires de santé

7.1 Soins intermédiaires en maison de repos et services de santé en établissement pour adultes

Les programmes et les services de soins continus offerts dans les collectivités des T.N.-O. se traduisent par de l'aide à la vie autonome, des foyers de groupe pour adultes, des établissements de soins de longue durée et des établissements de soins prolongés. Ces programmes et services sont en place là où il est possible de les fournir, conformément à la politique d'établissement du ministère de la Santé et des Services sociaux, à la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des services de santé et des services sociaux* des services sociaux et au Règlement sur les normes hospitalières.

Les services d'aide à la vie autonome permettent de vivre dans un environnement familial avec un soutien accru et un niveau de

supervision qu'on ne retrouve pas dans le contexte des services de soins à domicile. Actuellement, les Territoires offrent dans ce domaine des services d'aide à la vie autonome dans des maisons familiales, des appartements et des foyers de groupe, où les clients vivent dans la plus grande autonomie possible. Les foyers collectifs, les établissements de soins de longue durée et les établissements de soins prolongés fournissent en tout temps un soutien médical, physique ou mental plus complexe.

Le programme de soins à domicile des T.N.-O. permet d'offrir des services de soins à domicile efficaces, fiables et adaptés favorisant la vie autonome, d'élaborer des options de soins appropriées appuyant la vie communautaire et de faciliter l'accès aux soins institutionnels lorsque l'autonomie n'est plus une option viable. Les services de soins à domicile sont offerts par les autorités régionales de la santé et des services sociaux et comprennent une vaste gamme de services fondés sur une évaluation multidisciplinaire des besoins de la personne. Le programme de soins à domicile est actuellement offert par les autorités de la santé et des services sociaux des six régions suivantes : Yellowknife, Hay River, Fort Smith, Inuvik, Deh Cho et Dogrib.

8.0 Documents supplémentaires présentés à Santé Canada

Le système de services de santé et de services sociaux des T.N.-O. a fait l'objet d'examen approfondis ces dix dernières années, notamment par le Comité spécial de l'Assemblée législative sur la santé et les services sociaux (1993) et lors du Med-Emerg Review (1997) et du Forum du ministre sur la santé et les services sociaux. Pendant la période couverte par le rapport, le ministre de la Santé et des Services sociaux a tenu compte des résultats de ces examens pour choisir les mesures prévues dans le document intitulé *Système de services de santé et de services sociaux des T.N.-O. Plan d'action 2002-2005*. On trouvera ce plan d'action, des rapports d'étape semestriels et d'autres documents du ministère de la Santé et des Services sociaux des T.N.-O. à l'adresse suivante :

www.hlthss.gov.nt.ca

On peut également consulter les lois et règlements des T.N.-O. et d'autres documents, comme le Budget principal des dépenses, à l'adresse suivante :

www.gov.nt.ca

Les lois et règlements en matière de santé des T.N.-O. sont disponibles sur le site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux à l'adresse suivante :

www.hlthss.gov.nt.ca

D'autres documents, comme le Plan d'activités, le Budget principal des dépenses et les Comptes publics, sont publiés sur le site Web du Secrétariat du Conseil de gestion financière à l'adresse suivante :

www.gov.nt.ca/FMBS/

Nunavut

Introduction

Le territoire du Nunavut, dont la superficie représente le cinquième de la masse continentale du Canada, a été établi le 1^{er} avril 1999. Il compte vingt-six communautés réparties sur trois fuseaux horaires. Le Nunavut est divisé en trois régions : Baffin, Kivalliq et Kitikmeot, regroupant respectivement treize, huit et cinq communautés. Selon un récent recensement, la population du Nunavut compte 29 384 personnes, dont 40 % n'ont pas atteint l'âge de 25 ans. Les Inuits constituent la majorité de la population – soit 85 p. 100. Une petite communauté de francophones (de 4 à 6 p. 100 de la population) vit sur l'île de Baffin, principalement dans la capitale Iqaluit. De plus, le Nunavut compte un grand nombre de travailleurs migrants, dont des ouvriers qualifiés et d'autres travailleurs saisonniers provenant d'autres provinces et territoires.

Les lois régissant l'administration de la santé et des services sociaux au Nunavut sont issues des Territoires du Nord-Ouest et constituent les lois du Nunavut, en vertu de la *Nunavut Act* de 1999. Au cours des années à venir, le ministère de la Santé et des Services sociaux a l'intention d'examiner toutes les lois en vigueur afin de s'assurer de leur pertinence et de leur bien-fondé pour le gouvernement du Nunavut, comme l'exigent les objectifs du mandat Bathurst. Ce mandat expose le programme préconisé par le gouvernement en vue d'édifier des communautés saines, de favoriser la simplicité et l'unité, l'autonomie et l'éducation permanente. On s'attend à ce que tous les ministères intègrent les valeurs inuites traditionnelles, qu'on appelle *Qaujimajatuqangit*, dans l'élaboration des politiques ainsi que dans la conception et la prestation des services.

La prestation des services de soins de santé au Nunavut repose sur un modèle de soins primaires. Il y a un centre de santé communautaire dans chacune des 25 communautés et un hôpital régional à Iqaluit. Les principaux dispenseurs de soins de santé sont des infirmières praticiennes dont l'étendue des responsabilités est plus vaste, ainsi que 14,5 médecins de famille à temps plein, dont 8 travaillent dans la région de Baffin;

4,5, dans la région de Kivalliq; 2, dans la région de Kitikmeot. Le Nunavut fait souvent appel à la Northern Medical Unit de l'Université du Manitoba, au Ottawa Health Services Network Inc. et au Stanton Regional Hospital à Yellowknife pour la majorité des services de médecins et de spécialistes.

La gestion et la prestation des services de soins de santé au Nunavut ont été intégrées dans les activités globales du ministère de la Santé et des Services sociaux lorsque les anciens conseils régionaux de santé (Baffin, Kitikmeot et Kivalliq) ont été dissous le 31 mars 2000. Les membres des anciens conseils sont alors devenus des employés du ministère. Le ministère a un bureau régional dans chacune des trois régions du territoire. Ces bureaux gèrent la prestation des services de soins de santé à l'échelon régional. On a continué de privilégier l'aide à la prestation des services de première ligne tout au long de ce regroupement.

En 2002-2003, le budget territorial pour les soins de santé et les services sociaux s'élevait à 166 millions de dollars, dont environ 15 millions de dollars étaient affectés aux immobilisations. Seul le ministère de l'Éducation dispose d'un budget plus important.

En 2002-2003, le Nunavut a mis à niveau ses sites sur la télésanté et a intégré dix nouvelles communautés à son réseau, grâce au Programme de partenariat pour l'infrastructure canadienne de la santé. Le ministère de la Santé et des Services sociaux saura bientôt si le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires lui accordera une somme supplémentaire de 2,7 millions de dollars. Cette somme permettrait d'intégrer au réseau de la télésanté sept nouvelles communautés, pour un total de 22 communautés. Les communautés faisant partie de ce réseau reçoivent la vaste gamme de services suivants : services de consultation avec un spécialiste, comme la dermatologie, la psychiatrie et la médecine interne; services de réadaptation; séances d'orientation régulières; visites familiales; enseignement médical continu.

Les besoins du Nunavut sont nombreux dans le domaine de la santé et du mieux-être de ses

résidents, et le territoire fait face à nombre de difficultés particulières à cet égard. Environ le cinquième du budget du ministère est consacré aux voyages pour soins médicaux. En raison de la très faible densité démographique de ce vaste territoire et une infrastructure de santé limitée (équipements et ressources humaines), l'accès à un éventail de services hospitaliers et de spécialistes oblige les résidents à se rendre à l'extérieur du territoire. Au cours des trois prochaines années, on prévoit la construction d'un nouvel hôpital régional à Iqaluit ainsi que d'un nouvel établissement de santé régional à Rankin Inlet et à Cambridge Bay. Ces nouvelles installations permettront au Nunavut de renforcer ses compétences internes et d'étoffer la gamme de services qu'il est possible d'offrir dans le territoire. L'incidence des maladies respiratoires, comme la tuberculose, demeure élevée. Malgré les activités énergiques de recrutement et de maintien en poste aux échelons national et international, le Nunavut est toujours aux prises avec une grave pénurie d'infirmières. Le recrutement et le maintien en poste des autres professionnels de la santé, comme les travailleurs sociaux, les médecins et les physiothérapeutes, représentent également un défi permanent.

Les activités de promotion et de prévention en matière de santé figurent en tête de liste des priorités du ministère. Ces activités comprennent notamment des stratégies de réduction du tabagisme, l'éducation publique sur les choix de vie sains et l'importance des aliments traditionnels.

1.0 Gestion publique

1.1 Régime d'assurance-maladie et autorité publique

Les régimes d'assurance-maladie du Nunavut, qui couvrent notamment les services médicaux et hospitaliers, sont gérés par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

La *Medical Care Act* (T.N.-O., 1988, et reproduite pour le Nunavut par l'article 29 de la Loi sur le Nunavut, 1999) régit l'admissibilité aux services médicaux assurés et leur paiement. L'*Hospital Insurance and Health and Social Services Administration Act* (T.N.-O., 1988, et reproduite pour le Nunavut par l'article 29 de la *Nunavut*

Act, 1999) permet l'établissement de services hospitaliers et d'autres services de soins de santé.

Par la *Dissolution Act* (Nunavut, 1999), les trois anciens conseils de santé et de services sociaux des régions de Baffin, de Kitikmeot et de Kivalliq ont été dissous. Leurs activités ont été intégrées à celles du ministère de la Santé et des Services sociaux le 1^{er} avril 2000. Les centres régionaux ont été conservés, afin d'appuyer les travailleurs de première ligne et la prestation d'un large éventail de services de soins de santé et de services sociaux communautaires.

Aucune modification n'a été apportée aux lois en 2002-2003.

1.2 Liens hiérarchiques

Un directeur des soins médicaux est nommé en vertu de la *Medical Care Act* et voit à la gestion du régime d'assurance-maladie du territoire. Il relève du ministère de la Santé et des Services sociaux et doit déposer annuellement un rapport annuel sur les activités du régime d'assurance-maladie. Nos présentations annuelles pour le rapport annuel sur la Loi canadienne sur la santé servent de fondement à ces rapports en vertu de la *Medical Care Act*.

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 *Financial Administration Act* (Nunavut, 1999). Son mandat est de vérifier les activités du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Le vérificateur général du Canada doit vérifier chaque année les transactions et les états financiers consolidés du gouvernement. En novembre 2002, il a fait publier le rapport de vérification pour 2000-2001, intitulé Rapport 2002 à l'Assemblée législative du Nunavut.

2.0 Intégralité

2.1 Services hospitaliers assurés

Les services hospitaliers sont offerts au Nunavut en vertu des articles 2 à 4 de l'*Hospital Insurance and Health and Social Services Administration Act*. Aucune modification n'a été apportée à la loi ou aux règlements en 2002-2003.

En 2002-2003, des services hospitaliers assurés ont été fournis dans 26 établissements situés sur l'ensemble du territoire, à savoir un hôpital général à Iqaluit et 25 centres de santé communautaires. Le Baffin Regional Hospital d'Iqaluit est le seul établissement de soins actifs au Nunavut offrant une gamme de services hospitaliers aux malades hospitalisés et externes, tels qu'ils sont définis dans la *Loi canadienne sur la santé*. Les centres de santé communautaires offrent des services de santé publique, des services aux malades externes et de salles d'urgence de même que certains services de nuit (observations). De plus, il existe un nombre limité de lits d'accouchement au Rankin Inlet Birthing Centre. Les services de santé publique sont dispensés dans des cliniques de santé publique à Rankin Inlet et à Iqaluit.

Le ministère a la responsabilité de donner des autorisations, de délivrer les permis d'exercer, d'inspecter et de superviser tous les établissements de santé et de services sociaux du territoire.

Les services assurés fournis aux malades hospitalisés comprennent les suivants :

- ❑ l'hébergement et les repas en salle commune;
- ❑ les services infirmiers nécessaires;
- ❑ les services de laboratoire, de radiologie et autres services diagnostiques ainsi que les interprétations nécessaires;
- ❑ les médicaments ainsi que les préparations biologiques et connexes prescrits par un médecin et administrés à l'hôpital;
- ❑ les fournitures chirurgicales courantes;
- ❑ l'usage de salles d'opération, de salles d'accouchement et d'installations d'anesthésie;

- ❑ l'usage de services de radiothérapie et de physiothérapie, là où ils sont disponibles;
- ❑ les services de psychiatrie et de psychologie fournis dans le cadre d'un programme agréé;
- ❑ les services fournis par des personnes rémunérées par l'hôpital;
- ❑ les services fournis par un centre approuvé de désintoxication.

Les services de consultation externe comprennent les suivants :

- ❑ les examens de laboratoire et les radiographies, y compris les interprétations, quand ils sont requis par un médecin et effectués dans un établissement de consultation externe ou dans un hôpital agréé;
- ❑ les services hospitaliers en rapport avec la plupart des interventions médicales et chirurgicales bénignes;
- ❑ les services de physiothérapie, d'ergothérapie, d'audiologie et d'orthophonie fournis dans un établissement de consultation externe ou dans un hôpital agréé;
- ❑ les services de psychiatrie et de psychologie fournis dans le cadre d'un programme offert par un hôpital agréé. Le ministère de la Santé et des Services sociaux ajoute des services assurés dans ses établissements selon la disponibilité de l'équipement et des ressources adéquates ainsi que de la faisabilité globale, conformément aux lignes directrices financières établies par le ministère 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 2002-2003.

2.2 Services médicaux assurés

Le paragraphe (1) de l'article 3 de la *Medical Care Act* et l'article 3 des règlements relatifs à cette *Loi* sur l'assurance-maladie prévoient la prestation de services médicaux assurés au Nunavut. Aucune modification n'a été apportée à la loi ni aux règlements en 2002-2003.

Les médecins en titre sont les seuls praticiens autorisés à fournir des services médicaux assurés au Nunavut. Le médecin doit être membre en règle d'un collège des médecins et chirurgiens et être autorisé à exercer au

Nunavut. Le comité d'inscription des médecins du gouvernement du Nunavut gère ce processus pour les médecins du territoire. Le Nunavut compte en tout 14,5 médecins de famille à temps plein (8 dans la région de Baffin; 4,5 dans la région de Kivalliq; 2 dans la région de Kitikmeot), de même qu'un chirurgien travaillant au Baffin Regional Hospital et qui fournit actuellement des services aux résidents du Nunavummiut. Les spécialistes en visite, les omnipraticiens et les médecins suppléants peuvent également fournir des services médicaux assurés par l'entremise d'accords conclus par chacune des trois régions du ministère. Au 31 mars 2003, 176 médecins participaient au régime d'assurance-maladie.

Les médecins peuvent choisir de recevoir des honoraires autres que ceux que prévoit le régime d'assurance-maladie, conformément à l'alinéa (a) ou (b) du paragraphe (2) de l'article 12 de la *Medical Care Act*, en avisant le directeur par écrit de cette décision. Ce choix peut être révoqué le premier jour du mois suivant, moyennant l'envoi d'une lettre à cet effet au directeur. En 2002-2003, aucun médecin n'a fait ce choix.

Les services médicaux assurés regroupent tous les services médicalement nécessaires donnés par des médecins. Lorsque les services assurés ne peuvent être fournis au Nunavut, le malade est envoyé dans une autre province ou un autre territoire afin qu'il puisse obtenir le service assuré.

L'ajout ou le retrait d'un service médical à la liste des services assurés nécessite l'approbation du gouvernement. À cette fin, le directeur de l'assurance-maladie participe aux négociations avec un groupe représentant les médecins afin de discuter du service en question. Par la suite, la décision du groupe est soumise à l'approbation du Cabinet. En 2002-2003, il n'y a eu aucun ajout ni retrait.

2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

Les dentistes fournissant des services de chirurgie dentaire assurés en vertu du régime d'assurance-maladie du territoire doivent détenir un permis d'exercer, conformément à la *Dental Professions Act* (T.N.-O., 1988, et reproduite pour le Nunavut par l'article 29 de la *Nunavut Act*, 1999). Ils reçoivent des numéros à apposer

aux factures présentées aux responsables du régime concernant la prestation de services dentaires assurés. En 2002-2003, trois chirurgiens stomatologistes ont reçu l'autorisation de facturer des services dentaires assurés au régime d'assurance-maladie du Nunavut.

Les services dentaires assurés se limitent aux actes de chirurgie dentaire qui figurent dans les règlements et qui nécessitent des ressources accessibles uniquement dans des hôpitaux pour être accomplis (p. ex., chirurgie pour corriger un prognathisme).

L'ajout de nouveaux services de chirurgie dentaire à la liste des services assurés doit être approuvé par le gouvernement. Aucun nouveau service n'a été ajouté à la liste en 2002-2003.

2.4 Services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

Les services fournis en vertu de la *Workers' Compensation Act* (T.N.-O., 1988, et reproduite pour le Nunavut par l'article 29 de la *Nunavut Act*, 1999), ou d'autres lois du Canada, sauf la *Loi canadienne sur la santé*, sont exclus.

Les services non assurés fournis par des médecins sont les suivants :

- les examens physiques annuels;
- les chirurgies esthétiques;
- les services considérés comme expérimentaux;
- les médicaments d'ordonnance;
- les examens physiques exécutés à la demande d'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 qui n'offre pas de services de consultation externe assurés (hôpital).

Les services non assurés fournis en milieu hospitalier sont les suivants :

- ❑ les frais hospitaliers excédant le taux 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 considérés comme expérimentaux;
- ❑ les frais d'ambulance (sauf pour les transferts entre les hôpitaux);
- ❑ les services dentaires autres que certains actes liés à des maladies ou à des blessures de la mâchoire;
- ❑ les services de réadaptation pour les alcooliques et les toxicomanes, sauf ceux pour lesquels une autorisation préalable a été consentie.

Le Baffin Regional Hospital facture 2 180,25 \$ par jour pour les services fournis aux étrangers qui y séjournent.

Lorsque des résidents sont envoyés à l'extérieur du territoire pour y recevoir des services, le ministère s'inspire des politiques et des procédures de la province ou du territoire concerné lorsqu'il est question de fournir des services à des résidents du Nunavut qui peuvent entraîner des frais supplémentaires, mais seulement dans la mesure où ces coûts sont couverts par le régime d'assurance-maladie du Nunavut (voir la section 4.2, Transférabilité). Les demandes ou les plaintes sont traitées séparément par la province ou le territoire concerné.

Le ministère gère également le Programme des services de santé non assurés (PSSNA) au nom de Santé Canada pour les résidents des Premières nations et les Inuits du Nunavut. Le PSSNA couvre une quote-part au titre des déplacements pour soins médicaux, de l'hébergement et des repas dans les pensions (Ottawa, Winnipeg, Churchill, Edmonton et Yellowknife), les médicaments d'ordonnance, les traitements dentaires, les soins de la vue, les fournitures médicales et les prothèses, ainsi qu'un certain nombre d'autres services secondaires offerts aux Inuits et aux Premières nations.

3.0 Universalité

3.1 Admissibilité au régime

L'admissibilité au régime d'assurance-maladie du Nunavut est brièvement définie dans les paragraphes (1), (2) et (3) de l'article 3 de la *Medical Care Act*. Le ministère respecte également l'*Entente interprovinciale et territoriale en matière d'admissibilité et de transférabilité* et les lignes directrices internes. Aucune modification n'a été apportée aux lois ni aux règlements en 2002-2003.

Aux termes de ces dispositions, tous les résidents du Nunavut sont admissibles à des services de santé assurés et y ont droit en vertu de modalités uniformes. La définition du mot « résident » est la suivante : personne légalement autorisée à être ou à rester au Canada, domiciliée et résidant habituellement au Nunavut, à l'exception d'une personne faisant du tourisme, de passage ou en visite dans le territoire. Les demandes de participation au régime sont acceptées et des documents à l'appui sont exigés pour confirmer le statut de résident. Les résidents admissibles reçoivent une carte de santé comportant un numéro distinct.

La couverture débute généralement le premier jour du troisième mois suivant l'arrivée dans le territoire, mais une couverture peut être accordée à partir du tout premier jour dans certaines circonstances (p. ex. nouveau-né dont la mère ou le père est admissible à la couverture). De plus, les résidents permanents (immigrants admis), les Canadiens et Canadiennes de retour au pays, les résidents permanents de retour au pays et les non-Canadiens à qui l'on a délivré un permis d'emploi pour une période de douze mois ou plus ont également droit à la couverture dès le tout premier jour.

Les membres des Forces armées canadiennes et de la Gendarmerie royale du Canada ainsi que les détenus des pénitenciers fédéraux ne sont pas admissibles à l'inscription au régime. En vertu du régime d'assurance-maladie du Nunavut, ces groupes ont droit à la couverture au premier jour de leur libération.

Conformément à l'article 7 de l'*Entente interprovinciale et territoriale en matière*

d'admissibilité et de transférabilité, les personnes au Nunavut qui sont temporairement absentes de leur province ou territoire d'origine et qui n'élisent pas domicile au Nunavut demeurent inscrites aux régimes de soins médicaux de leur province ou territoire d'origine pendant une durée maximale d'un an.

3.2 Exigences relatives à l'inscription au régime

Pour s'inscrire au régime, une personne doit présenter un formulaire de demande rempli et des documents à l'appui. Une carte de santé est délivrée à chaque résident. Le Nunavut entreprendra un renouvellement progressif lorsque le nouveau système de facturation sera mis en place au cours du prochain exercice. Aucune prime n'est exigible. Même si la couverture en vertu du régime d'assurance-maladie du Nunavut est liée à la vérification de l'inscription, tous les efforts sont consentis pour que les résidents admissibles soient couverts lorsqu'ils ont besoin de la couverture. Les non-résidents doivent posséder une carte de santé valide, délivrée par leur province ou territoire d'origine.

Au 31 mars 2003, 28 039 résidents étaient inscrits au régime d'assurance-maladie du Nunavut. Les statistiques sur la population du Nunavut, publiées par Statistique Canada, font état d'un certain nombre de « résidents temporaires », qui ne sont pas admissibles à la couverture en vertu du régime du territoire. Aucune disposition ne prévoit la possibilité aux résidents de pouvoir se retirer du régime d'assurance-maladie.

3.3 Autres catégories de personnes

Les non-Canadiens et les non-Canadiennes détenteurs de visas d'emploi ou de visas d'étudiant valides durant moins de 12 mois, les travailleurs de passage et les détenteurs de permis ministériels (sauf exception) ne sont pas admissibles au régime. Lorsqu'une situation particulière se présente, une évaluation individuelle est effectuée, et ce, en conformité avec l'article 15 des NWT's Guidelines for Health Care Registration, lesquelles ont été adoptées par le Nunavut en 1999.

4.0 Transférabilité

4.1 Délai minimal de résidence

Conformément à l'article 3 de l'*Entente interprovinciale et territoriale en matière d'admissibilité et de transférabilité*, la résidence exigée pour la couverture des personnes qui déménagent à l'intérieur du Canada est de trois mois ou le premier jour du troisième mois suivant l'établissement de la résidence dans une nouvelle province ou un territoire ou le premier jour du troisième mois lorsqu'une personne qui a été temporairement absente de sa province ou de son territoire d'origine décide d'établir sa résidence permanente au Nunavut.

4.2 Couverture durant les absences temporaires (au Canada)

Le paragraphe (2) de l'article 4 de la *Medical Care Act* stipule que les services médicaux sont assurés lorsqu'ils sont fournis à l'extérieur du Nunavut, mais au Canada. L'*Hospital Insurance and Health and Social Services Administration Act*, alinéas 5d) et 28(1)j) et o), donne au ministre l'autorité de conclure des accords avec d'autres provinces ou territoires concernant la prestation de services de soins de santé aux résidents du Nunavut et d'établir les modalités de paiement. En 2002-2003, aucun changement n'a été apporté aux lois ni aux règlements portant sur la couverture à l'extérieur du Nunavut.

Les personnes qui étudient à l'extérieur du Nunavut doivent en aviser le Ministère et fournir une preuve d'inscription pour s'assurer une couverture continue. Les demandes de prolongation doivent être renouvelées chaque année et approuvées par le directeur. Les absences temporaires d'au plus un an pour le travail, des vacances ou d'autres raisons sont approuvées par le directeur, moyennant la présentation d'une demande écrite de l'assuré. Le directeur peut approuver des absences qui excèdent douze mois consécutifs, moyennant la présentation d'une demande écrite de l'assuré.

Les dispositions relatives à la couverture durant les absences temporaires au Canada sont parfaitement conformes aux modalités de l'*Entente interprovinciale et territoriale en*

matière d'admissibilité et de transférabilité, au 1^{er} janvier 2001.

Le Nunavut participe à la facturation réciproque des médecins et des hôpitaux; des accords ont été conclus à cet effet avec d'autres provinces et territoires (Ontario, Manitoba, Alberta et Territoires du Nord-Ouest).

Le paiement des services hospitaliers, assurés en vertu de l'Entente interprovinciale et territoriale, fournis à l'extérieur du territoire à des malades hospitalisés ou externes admissibles qui habitent au Nunavut est accordé en vertu des accords de facturation réciproque des hôpitaux. Les coûts élevés de certains actes médicaux, les frais pour les accouchements et les coûts des consultations externes sont déterminés par le comité de coordination sur la facturation réciproque. Un accord spécial a été conclu entre les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut. Reposant sur une approche axée sur le financement global, cet accord permet au Stanton Hospital de Yellowknife de fournir des services aux résidents du Nunavut, à l'hôpital et par l'entremise de visites de spécialistes dans la région de Kitikmeot (Grand Nord).

Le paiement des services médicaux assurés fournis à l'extérieur du territoire aux résidents du Nunavut admissibles est versé en vertu des accords de facturation réciproque des médecins. Le paiement est délivré à la province d'accueil aux taux établis par cette dernière.

En 2002-2003, les réclamations payées pour des services donnés dans des hôpitaux hors territoire s'élevaient à 22 547 986,26 \$.

4.3 Couverture durant les absences temporaires (à l'étranger)

Le paragraphe (3) de l'article 4 de la *Medical Care Act* stipule que les services médicaux sont assurés lorsqu'ils sont fournis à l'extérieur du Canada. Les alinéas 28(1) de j) à o) de la *Hospital Insurance and Health and Social Services Administration Act* donnent au ministre l'autorité d'établir les modalités de paiement pour des services fournis aux résidents du Nunavut à l'extérieur du Canada. Les personnes ont droit à une couverture durant une période maximale d'un an lorsqu'elles s'absentent temporairement du pays, peu importe la raison, mais doivent toutefois

présenter un avis écrit au préalable. Lorsque les résidents sont renvoyés à l'extérieur du pays pour recevoir des services (actes hautement spécialisés qui ne peuvent être fournis ni au Nunavut ni ailleurs au Canada), le territoire assume la totalité des frais. Concernant les services non urgents ou qui n'ont pas fait l'objet d'un renvoi, le paiement des frais hospitaliers s'établit à 1 396 \$ par jour et à 110 \$ par consultation externe. Aucun changement n'a été apporté à ces taux en 2002-2003.

En 2002-2003, le Nunavut a versé une somme totale de 586,75 \$ pour les services de soins de santé d'urgence à l'interne et à l'externe aux résidents admissibles temporairement absents du pays.

Les services médicaux assurés fournis à des résidents admissibles temporairement absents du pays sont payés à des taux équivalant à ceux qui sont payés pour les mêmes services dans le territoire. Le remboursement est effectué à l'assuré ou directement au fournisseur du service assuré.

4.4 Nécessité d'une approbation préalable

Il est nécessaire d'obtenir une approbation préalable pour la prestation de services facultatifs dans des établissements privés canadiens ou dans tout établissement situé à l'extérieur du pays.

5.0 Accessibilité

5.1 Accès aux services de soins de santé assurés

L'article 14 de la *Medical Care Act* interdit la surfacturation, sauf si le médecin a pris une décision à cet effet qui soit encore valide. L'accès aux services assurés repose sur des modalités uniformes. Pour régler les problèmes posés par la distance et les frais de déplacement, le gouvernement du Nunavut fournit une aide au déplacement pour des raisons médicales. Des services d'interprétation sont également offerts aux patients en milieu médical.

5.2 Accès aux services hospitaliers assurés

Le Baffin Regional Hospital, situé à Iqaluit, est le seul établissement de soins actifs au Nunavut. Il dispose de 25 lits pour les services de soins actifs, de réadaptation, de soins palliatifs et de soins aux malades chroniques. Son personnel compte 101 personnes, dont 7 médecins, 1 chirurgien et 37 infirmières. L'établissement fournit des services aux malades hospitalisés et externes de même que des services d'urgence 24 heures sur 24. Les médecins locaux fournissent des services d'urgence en rotation. Les services médicaux offerts comprennent les soins ambulatoires, les consultations externes, les services de soins intensifs, le traitement des problèmes respiratoires et cardiovasculaires, les services d'obstétrique, les soins palliatifs, de même que le traitement des saignements gastro-intestinaux et de l'hypertension. Les services chirurgicaux sont offerts dans les domaines suivants : soins orthopédiques mineurs, gynécologie, pédiatrie, chirurgie abdominale générale, traumatismes (urgence) et oto-rhino-laryngologie. Les patients qui ont besoin de chirurgies spécialisées sont renvoyés dans des centres à l'extérieur du territoire. Les services de diagnostic comprennent les services de radiologie, de laboratoire et d'électrocardiogramme. Les services de réadaptation sont limités à Iqaluit.

Le Nunavut a conclu des accords spéciaux avec des établissements d'Ottawa, de Toronto, de Churchill, de Winnipeg, d'Edmonton et de Yellowknife concernant la prestation de services assurés aux malades qui sont renvoyés dans ces villes.

Outre le Baffin Regional Hospital, des services de consultation externe et d'urgence 24 heures sur 24 sont offerts par les 25 centres de santé situés dans les communautés.

Même si la dotation en infirmières et autres professionnels de la santé n'a pas atteint les niveaux désirés, tous les services de base ont été fournis en 2002-2003. Le Nunavut cherche à accroître les ressources dans tous les secteurs.

L'utilisation des services de télésanté représente une étape importante de l'amélioration de l'accès aux services hospitaliers, médicaux, sanitaires et sociaux au

Nunavut. Jusqu'à maintenant, 15 communautés ont recours à la télésanté, et sept communautés supplémentaires s'y joindront en 2003-2004. L'objectif à long terme consiste à intégrer la télésanté au système de prestation de soins primaires, afin de faciliter l'accès à une gamme plus vaste d'options de services pour les résidents et de permettre aux fournisseurs de services de soins de santé et aux communautés d'utiliser les ressources en place plus efficacement.

5.3 Accès aux services médicaux et de chirurgie dentaire assurés

En plus de l'aide aux déplacements pour des raisons médicales et les initiatives en télésanté, le Nunavut a conclu des accords avec un certain nombre de régions ou d'établissements sanitaires, afin de fournir des services médicaux et des services de spécialistes et d'autres professionnels de la santé en visite. Lorsque l'équipement et les services ne sont pas disponibles au Nunavut, les malades sont renvoyés dans des établissements à l'extérieur du territoire. Le réseau de la télésanté, qui compte 15 communautés, permet la prestation des nombreux services de soins de santé suivants : services de consultation spécialisés, comme la dermatologie, la psychiatrie et la médecine interne; services de réadaptation; séances d'orientation fréquentes; visites familiales; enseignement médical continu. En 2002-2003, le Nunavut comptait 176 médecins diplômés : 170 d'entre eux étaient titulaires d'un permis annuel et six d'une durée limitée (moins d'un an).

Les services spécialisés suivants sont fournis dans le cadre du programme de visites de spécialistes : ophtalmologie, orthopédie, médecine interne, oto-rhino-laryngologie, neurologie, rhumatologie, dermatologie, pédiatrie, obstétrique, physiothérapie, ergothérapie, psychiatrie et chirurgie dentaire. Des cliniques de spécialistes en visite sont ouvertes en fonction de la demande et de la disponibilité des spécialistes.

5.4 Rémunération des médecins

Il y a un médecin rémunéré à l'acte résidant au Nunavut. Étant donné que les médecins rémunérés à l'acte assument les dépenses d'un cabinet situé dans une communauté isolée, ils

reçoivent 20 p. 100 de plus que les montants indiqués en annexe de la *Medical Care Act* (article 4). Les frais font l'objet de négociations entre le médecin et le ministère de la Santé et des Services sociaux, et sont établis en fonction des normes des Territoires du Nord-Ouest. Les autres médecins travaillent sous contrat en fonction d'un taux quotidien de leurs marchés ou sont salariés. Les spécialistes en visite sont payés à un taux quotidien, selon les modalités de leurs contrats.

5.5 Paiements aux hôpitaux

Le financement du Baffin Regional Hospital et des 25 centres de santé communautaires s'inscrit dans le budget du ministère, au titre des activités régionales. Aucun paiement n'est versé directement aux hôpitaux ni aux centres de santé communautaires.

6.0 Reconnaissance accordée aux transferts fédéraux

La reconnaissance sera accordée cette année lors de la présentation du rapport annuel de 2002-2003 au ministre.

7.0 Services complémentaires de soins de santé

Le programme de soins à domicile aide les résidents du Nunavut qui ne sont pas pleinement en mesure de prendre soin d'eux-mêmes à la maison. Un service de visites communautaires favorise l'autonomie et soutient l'engagement des membres de la famille et de la communauté, de façon à permettre aux personnes de demeurer à leur domicile en toute sécurité. Les services comprennent l'aide à l'entretien ménager de base, la préparation des repas et l'aide à la vie quotidienne.

Des soins intermédiaires sont offerts à la St. Theresa's Home à Chesterfield Inlet. L'établissement fournit des soins 24 heures sur 24 et est doté d'un personnel professionnel et paraprofessionnel complet. Il fournit des services de soins infirmiers entre 7 h et 19 h.

Après ces heures, seuls les services de soins personnels sont donnés. Les consultations médicales offertes après les heures de travail le sont par le centre de santé communautaire.

Les services de soins infirmiers à domicile sont offerts dans les foyers pour personnes âgées d'Iqaluit et d'Arviat. Ces établissements fournissent le niveau le plus élevé de soins de longue durée au Nunavut, des services de soins complémentaires aux malades chroniques aux services de soins actifs (niveaux 4 et 5). Les malades nécessitant des soins actifs sont transférés à l'hôpital le plus près.

8.0 Documents supplémentaires présentés à Santé Canada

Rapport de 2002 à l'Assemblée législative du Nunavut

[http://www.oag-bvg.gc.ca/domino/rapports.nsf/html/01nunavut_f.html/\\$file/02french.pdf](http://www.oag-bvg.gc.ca/domino/rapports.nsf/html/01nunavut_f.html/$file/02french.pdf)

Budget, 2003-2004

<http://www.gov.nu.ca/baeng.pdf>
(en anglais seulement)

Principales estimations du ministère de la Santé et des services sociaux, 2003-2004

<http://www.gov.nu.ca/Nunavut/English/budget/2003/hss.pdf>
(en anglais seulement)

Estimation des capitaux du ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003-2004

<http://www.gov.nu.ca/Nunavut/English/budget/2003/capital/hss.pdf>
(en anglais seulement)

Plan d'affaires du ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003-2004

<http://www.gov.nu.ca/Nunavut/English/budget/2003/bp/hss.pdf>
(en anglais seulement)

Comptes publics, 2000-2001

<http://www.gov.nu.ca/Nunavut/English/research/gpa.pdf>
(en anglais seulement)

Annexe A – Statistiques sur les régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux

Introduction

Le but de la présente annexe est de placer en contexte l'administration et l'application de la *Loi canadienne sur la santé* et d'offrir une perspective nationale sur les tendances qu'affichent la prestation et le financement des services de santé assurés visés par la Loi.

L'annexe renferme des données statistiques sur les coûts et l'utilisation des services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire assurés pour chaque province et territoire pour cinq exercices consécutifs (se terminant le 31 mars) : 1998-1999, 1999-2000, 2000-2001, 2001-2002 et 2002-2003.

Cette information a été transmise par des fonctionnaires provinciaux ou territoriaux. En vue d'assurer la cohérence des rapports, Santé Canada a fourni aux gouvernements provinciaux et territoriaux un guide de l'utilisateur exposant la manière de transmettre l'information. Le guide de l'utilisateur a été préparé en consultation avec des représentants de chaque province et territoire.

Bien que nous nous soyons efforcés de saisir les données de façon uniforme, des différences existent quant à la façon que les provinces et les territoires ont de transmettre les données sur leurs programmes et services de soins de santé. Il faut donc éviter de comparer les provinces et les territoires.

Les données présentées dans l'annexe statistique sont transmises par les autorités gouvernementales provinciales et territoriales dans un esprit de collaboration. Les gouvernements provinciaux et territoriaux sont responsables de la qualité des données fournies. Cette année, le Ministre de la Santé et des Services Sociaux du Québec et le Ministre de la Santé et Mieux-être de l'Alberta ont choisi de ne pas soumettre de données à Santé Canada pour cette annexe de statistiques. Les données statistiques de l'annexe de l'Alberta pour l'exercice 2002-2003 ont été sélectionnées par

Santé Canada dans les données de la soumission narrative du régime de l'assurance-santé de l'Alberta. Vous pouvez consulter la description de ces données au chapitre 3.

Pour un exposé plus détaillé de certaines des données contenues dans les tableaux, veuillez consulter le chapitre 3 de la présente publication, intitulé *Les Régimes d'assurance-santé des provinces et des territoires en 2002-2003*.

Organisation de l'information

Pour chaque province et territoire, l'information est organisée en fonction des huit sous-catégories décrites ci-après. Dans certains cas, les données n'étaient pas encore disponibles avant publication, et on a fourni des estimations. Dans d'autres cas, aucune information n'était disponible ou, encore, les statistiques demandées ne s'appliquaient pas à une province ou à un territoire particulier.

Inscrits

Les statistiques présentées dans cette section concernent le nombre de résidents inscrits au régime d'assurance-santé de la province ou du territoire. Ces estimations peuvent être évaluées en rapport avec le critère d'universalité de la *Loi canadienne sur la santé* pour aider les Canadiens et Canadiennes, les gouvernements et les intervenants à examiner dans quelle mesure les résidents des provinces et des territoires ont souscrit au régime ou ont choisi de ne pas participer au régime d'assurance-santé de leur province ou de leur territoire.

Services hospitaliers assurés rendus dans la province ou le territoire

Les statistiques présentées dans les sections 2 à 13 concernent la fourniture de services hospitaliers assurés dans chaque province ou territoire, à ses résidents et à des visiteurs provenant d'autres provinces ou territoires.

Les détails portent sur le nombre d'établissements par type de soins fournis, le nombre de lits, le nombre de radiations, la durée moyenne de séjour, les paiements totaux par catégorie de soins offerts dans la province ou le territoire, le coût moyen par visite et par type de soins, le nombre d'établissements privés à but lucratif et le nombre de paiements à ces derniers.

Ces statistiques sont recueillies et présentées pour fournir un aperçu et une compréhension sur la manière dont le régime d'assurance-santé répond à la condition d'accessibilité de la *Loi canadienne sur la santé*, pour ce qui est des services hospitaliers assurés.

Services hospitaliers assurés rendus hors de la province ou territoire (au Canada)

Cette section présente les statistiques concernant les services hospitaliers assurés qui sont fournis à l'extérieur de la province ou du territoire d'origine d'une personne qui voyage dans d'autres parties du Canada et qui sont payés par cette province ou ce territoire. L'information rapportée comprend le nombre total de demandes de paiement pour des services médicaux assurés fournis dans une autre province ou territoire, les paiements totaux effectués et le taux de paiement moyen.

Ces statistiques peuvent aider le ministre fédéral de la Santé à évaluer la conformité provinciale et territoriale aux dispositions de transférabilité à l'intérieur du pays, qui figurent à l'alinéa 11(b)(i) de la *Loi canadienne sur la santé*, pour ce qui est des services hospitaliers assurés.

Services hospitaliers assurés rendus à l'étranger

Les services hospitaliers fournis à l'extérieur du pays représentent la portion des coûts d'hospitalisation d'une personne qui voyage à l'extérieur du Canada qui est payée par sa province ou son territoire d'origine. Les statistiques présentées dans cette section sont les mêmes que celles qui ont trait aux services hospitaliers fournis à l'extérieur de la province ou du territoire.

Ces statistiques peuvent aider les Canadiens et Canadiennes et le ministre fédéral de la Santé à évaluer la conformité provinciale et territoriale

aux dispositions de transférabilité à l'extérieur du pays, qui figurent à l'alinéa 11(b)(ii) de la *Loi canadienne sur la santé*, pour ce qui est des services hospitaliers assurés.

Services de chirurgie dentaire assurés rendus dans la province ou le territoire

L'information fournie dans cette section décrit les services de chirurgie dentaire assurés fournis dans chaque province et territoire. Elle comprend le nombre de professionnels participants (dentistes, chirurgiens-dentistes et chirurgiens stomatologistes), le nombre de services fournis, les paiements totaux effectués au cours de l'exercice et le paiement moyen par service.

Ces statistiques se rapportent principalement à l'évaluation de la conformité d'une province ou d'un territoire à la condition d'accessibilité de la *Loi canadienne sur la santé*, pour ce qui est des services de chirurgie dentaire assurés.

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire

Les statistiques présentées dans cette section concernent les services médicaux assurés fournis aux résidents de chaque province ou territoire et aux visiteurs provenant d'autres régions du Canada.

Les détails portent sur le nombre de médecins participant au régime d'assurance-santé provincial ou territorial, le nombre de médecins non participants ou ayant opté pour le retrait du régime, le nombre de services assurés fournis, les paiements totaux effectués aux médecins par catégorie de médecins et par catégorie de services et le taux de paiement moyen par service médical assuré.

Ces statistiques se rapportent principalement à l'évaluation de la conformité d'une province ou d'un territoire à la condition d'accessibilité de la *Loi canadienne sur la santé*, pour ce qui est des services médicaux assurés.

Services médicaux assurés rendus hors de la province ou du territoire (au Canada)

Cette section concerne les services médicaux qui sont payés par une province ou territoire à une autre province ou territoire pour ses résidents en voyage. Les statistiques portent

notamment sur le nombre de services payés, les paiements totaux effectués et le taux de paiement moyen par service.

Ces statistiques peuvent aider le ministre fédéral de la Santé à évaluer la conformité provinciale et territoriale aux dispositions de transférabilité au pays, qui figurent à l'alinéa 11(b)(i) de la *Loi canadienne sur la santé*, pour ce qui est des services médicaux assurés.

Services médicaux assurés rendus à l'étranger

Les services médicaux fournis à l'extérieur du pays représentent la portion des coûts des soins médicaux fournis à une personne qui voyage à l'extérieur du Canada et qui sont payés par sa province ou son territoire d'origine. Les statistiques présentées dans cette section sont les mêmes que celles qui ont trait aux services médicaux fournis à l'extérieur de la province ou du territoire.

Ces statistiques peuvent aider les Canadiens et Canadiennes et le ministre fédéral de la Santé à évaluer la conformité provinciale et territoriale aux dispositions de transférabilité à l'extérieur du pays, qui figurent à l'alinéa 11(b)(ii) de la *Loi canadienne sur la santé*, pour ce qui est des services médicaux assurés.

Terre-Neuve et Labrador

Personnes inscrites					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
1. Nombre total de personnes inscrites au régime d'assurance-santé au 31 mars. (#)	622 744	618 118 ¹	616 944 ²	565 000 ³	560 644 ⁴

Services hospitaliers assurés rendus dans la province ou le territoire					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
2. Nombre d'établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés (sauf les hôpitaux psychiatriques et les maisons de repos), par type principal de soins offerts par l'établissement : (#)					
a. soins actifs	33	33	32	32	32
b. soins de longue durée	0	0	0	0	0
c. soins de réadaptation	0	0	0	0	0
d. services diagnostiques aux malades externes	0	0	0	0	0
e. services de chirurgie d'un jour (aux malades externes)	0	0	0	0	0
f. autres	0	0	0	0	0
g. nombre total d'établissements	33	33	32	32	32
3. Nombre de lits dotés en personnel dans <u>tous</u> les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par catégorie de lits : (#)					
a. soins actifs	1 814	1 807	non disponible	non disponible	non disponible
b. soins de longue durée	0	0	0	0	0
c. soins de réadaptation	62	57	non disponible	non disponible	non disponible
d. services diagnostiques aux malades externes	0	0	0	0	0
e. autres	0	0	0	0	0
f. nombre total de lits dotés en personnel	1 876	1 864	1 643	1 670	1 677
4. Nombre total de lits approuvés dans <u>tous</u> les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par catégorie de lits : (#)					
a. soins actifs	1 814	1 807	non disponible	non disponible	non disponible
b. soins de longue durée	0	0	0	0	0
c. soins de réadaptation	62	57	non disponible	non disponible	non disponible
d. services diagnostiques aux malades externes	0	0	0	0	0
e. autres	0	0	0	0	0
f. nombre total de lits approuvés	1 876	1 864	1 643	1 670	1 677

¹ Les données datent du 1er mars 2000.

² Les données datent du 11 avril 2001.

³ Les données datent du 30 avril 2002.

⁴ Les données datent du 15 avril 2002.

Services hospitaliers assurés rendus dans la province ou le territoire					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
5. Nombre de radiations dans <u>tous</u> les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type de soins : (#)					
a. soins actifs	68 729	66 828	non disponible	non disponible	non disponible
b. soins de longue durée	0	0	0	0	0
c. soins de réadaptation	227	272	non disponible	non disponible	non disponible
d. services diagnostiques aux malades externes	0	0	0	0	0
e. services de chirurgie d'un jour (aux malades externes)	0	0	0	0	0
f. en attente d'un autre type de soins	0	0	0	0	non disponible
g. nouveau-nés	0	0	0	0	non disponible
h. autres	0	0	0	0	non disponible
i. nombre total de radiations	68 956	67 100	non disponible	non disponible	non disponible
6. Durée moyenne des hospitalisations dans <u>tous</u> les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type de soins : (# de jours)					
a. soins actifs	7,50	7,40	non disponible	non disponible	non disponible
b. soins de longue durée	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
c. soins de réadaptation	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. nouveau-nés	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
e. autres	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7. Total des paiements aux établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type principal de soins offerts par l'établissement : (\$)					
a. soins actifs	457 065 782	509 018 766	537 428 824	619 884 087	672 874 609 ⁵
b. soins de longue durée	0	0	0	0	0
c. soins de réadaptation	0	0	0	0	0
d. services diagnostiques aux malades externes	0	0	0	0	0
e. services de chirurgie d'un jour (aux malades externes)	0	0	0	0	0
f. autres	0	0	0	0	0
g. total des paiements aux établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés	457 065 782	509 018 766	537 428 824	619 884 087	672 874 609 ⁵

⁵ Nouvelle méthodologie pour 2002-2003. Comprend les dépenses d'exploitation seulement. Les paiements représentent les transferts du régime provincial de santé aux conseils régionaux de soins de santé dans le but de fournir des services de soins actifs assurés.

Services hospitaliers assurés rendus dans la province ou le territoire					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
8. Coût quotidien moyen des soins aux malades hospitalisés offerts par <u>tous</u> les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés aux malades hospitalisés, par type de soins : (\$)					
a. soins actifs	690,00	690,00	705,00	725,00	850,00 ⁶
b. soins de longue durée	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
c. soins de réadaptation	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
d. autres	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
9. Coût moyen par visite pour les services offerts aux malades externes par <u>tous</u> les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés aux malades externes, par type de soins : (\$)					
a. soins actifs	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
b. soins de longue durée	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. soins de réadaptation	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. services diagnostiques aux malades externes	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
e. services de chirurgie d'un jour (aux malades externes)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
f. autres	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
10. Coût moyen par visite pour les services offerts (aux malades hospitalisés et aux malades externes) par <u>tous</u> les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type de soins : (\$)					
a. soins actifs	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
b. soins de longue durée	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. soins de réadaptation	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. autres	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
11. Nombre d'établissements privés de soins de santé à but lucratif qui fournissent des services hospitaliers assurés, par principal type de soins offerts par l'établissement : (#)					
a. établissements de chirurgie privés	1	1	1	1	1
b. établissements d'imagerie diagnostique privés	0	0	0	0	0
c. nombre total d'établissements privés de soins de santé à but lucratif	1	1	1	1	1

⁶ Nouvelle méthodologie pour 2002-2003.

Services hospitaliers assurés rendus dans la province ou le territoire					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
12. Nombre de services hospitaliers assurés fournis par des établissements privés de soins de santé à but lucratif, par principal type de soins offerts par l'établissement : (#)					
a. établissements de chirurgie privés	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
b. établissements d'imagerie diagnostique privés	0	0	0	0	0
c. nombre total de services hospitaliers assurés fournis par des établissements privés de soins de santé à but lucratif	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
13. Total des paiements aux établissements privés de soins de santé à but lucratif qui fournissent des services hospitaliers assurés, par principal type de soins offerts par l'établissement : (\$)					
a. établissements de chirurgie privés	212 990	387 030	270 750	338 200	286 425
b. établissements d'imagerie diagnostique privés	0	0	0	0	0
c. total des paiements aux établissements privés de soins de santé à but lucratif	212 990	387 030	270 750	338 200	286 425

Services hospitaliers assurés rendus hors de la province ou du territoire (au Canada)					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
14. Nombre total de réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés hors province ou territoire (au Canada). (#)	1 826	1 549	1 699	1 681	1 588
15. Nombre total de réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes hors province ou territoire (au Canada). (#)	28 739	25 546	24 929	26 155	26 464
16. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés hors province ou territoire (au Canada). (\$)	12 037 091	10 144 354	10 608 368	10 312 515	10 817 595
17. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes hors province ou territoire (au Canada). (\$)	3 316 482	3 138 582	3 047 375	3 213 978	3 488 186

Services hospitaliers assurés rendus hors de la province ou du territoire (au Canada)					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
18. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés hors province ou territoire (au Canada). (\$)	6 592,00	6 549,00	6 244,00	6 135,00	6 812,00
19. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes hors province ou territoire (au Canada). (\$)	115,00	123,00	122,00	123,00	132,00

Services hospitaliers assurés rendus à l'étranger					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
20. Nombre total de réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés à l'étranger. (#)	42	73	111	62	61
21. Nombre total de réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes à l'étranger. (#)	363	260	287	258	278
22. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés à l'étranger. (\$)	503 043	198 072	1 102 540	123 692	269 963
23. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes à l'étranger. (\$)	56 614	15 626	36 260	22 567	18 432
24. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés à l'étranger. (\$)	4 997,00	2 713,00	9 933,00	1 995,00	4 426,00
25. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes à l'étranger. (\$)	156,00	60,00	126,00	87,00	66,00

Services de chirurgie dentaire assurés rendus dans la province ou le territoire					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
26. Nombre de dentistes qui participent au régime d'assurance-santé. (#)	30	35	35	26	33
27. Nombre de services de chirurgie dentaire assurés fournis par des dentistes participants. (#)	10 000	9 000	11 000	10 000	11 000
28. Total des paiements aux dentistes pour des services de chirurgie dentaire assurés. (\$)	374 000	354 000	389 000	409 000	419 000
29. Paiement moyen (par service) pour des services de chirurgie dentaire assurés. (\$)	38,34	38,73	35,06	39,82	37,76

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
30. Nombre de médecins qui participent au régime d'assurance-santé, par catégorie de médecins : ⁷ (#)					
a. omnipraticiens	non disponible	432 ⁸	437 ⁸	448 ⁸	478 ⁸
b. spécialistes	non disponible	480 ⁸	485 ⁸	504 ⁸	500 ⁸
c. autres	non disponible	sans objet	sans objet	sans objet	not applicable
d. total	non disponible	912 ⁸	922 ⁸	952 ⁸	978 ⁸
31. Nombre de médecins qui ont opté pour le retrait du régime d'assurance-santé, par catégorie de médecins : (#)					
a. omnipraticiens	0	0	0	0	0
b. spécialistes	0	0	0	0	0
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	0	0	0	0	0
32. Nombre de médecins qui ne participent pas au régime d'assurance-santé, par catégorie de médecins : (#)					
a. omnipraticiens	0	0	0	0	0
b. spécialistes	0	0	0	0	0
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	0	0	0	0	0

⁷ Exclut les médecins qui ne pratiquent plus.

⁸ Total des médecins salariés et rémunérés à l'acte.

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
33. Nombre de services médicaux assurés, par catégorie de médecins (rémunération à l'acte) : (#)					
a. omnipraticiens	2 471 000	2 489 000	2 340 000	2 263 000	2 147 000
b. spécialistes	2 440 000	2 443 000	2 318 000	2 218 000	2 206 000
c. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. total	4 911 000	4 932 000	4 657 000	4 481 000	4 353 000
34. Nombre de services médicaux assurés, par catégorie de services : ⁹ (#)					
a. services médicaux	3 107 000	3 104 000	2 878 000	2 728 000	2 607 000
b. services de chirurgie	487 000	468 000	433 000	398 000	379 000
c. services diagnostiques	1 317 000	1 361 000	1 346 000	1 345 000	367 000
d. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
e. total	4 911 000	4 932 000	4 657 000	4 481 000	4 353 000
35. Total des paiements (rémunération à l'acte) aux médecins pour des services médicaux assurés, par catégorie de médecins : (\$)					
a. omnipraticiens	41 521 000	42 429 000	43 251 000	42 751 000	50 961 000
b. spécialistes	71 640 000	72 780 000	73 239 000	75 177 000	78 157 000
c. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. total	113 161 000	115 209 000	116 490 000	117 928 000	129 118 000
36. Total des paiements aux médecins pour des services médicaux assurés, par catégorie de services : ⁹ (\$)					
a. services médicaux	non disponible	72 500	71 987	non disponible	non disponible
b. services de chirurgie	non disponible	10 923	10 834	non disponible	non disponible
c. services diagnostiques	non disponible	31 786	33 670	non disponible	non disponible
d. autres	non disponible	sans objet	sans objet	sans objet	non disponible
e. total	113 161 000	115 209 000	116 490 000	117 928 000	129 118 000
37. Paiement moyen (par service) pour des services médicaux assurés (rémunération à l'acte), par catégorie de médecins : (\$)					
a. omnipraticiens	16,80	17,05	18,49	18,89	23,74
b. spécialistes	29,36	29,79	31,60	33,90	35,43
c. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. paiement moyen pour tous les médecins	23,04	23,36	25,01	26,32	29,66

⁹ Rémunération à l'acte.

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
38. Paiement moyen (par service) pour des services médicaux assurés, par catégorie de services : ⁹					
a. services médicaux	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
b. services de chirurgie	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. services diagnostiques	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. autres	sans objet	sans objet	sans objet	non disponible	non disponible
e. paiement moyen pour tous les services	23,04	23,36	25,01	26,30	29,66

Services médicaux assurés rendus hors province ou territoire (au Canada)					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
39. Nombre de services médicaux assurés fournis hors province ou territoire qui ont été payés (au Canada).	171 000	161 000	173 000	143 000	143 000
40. Total des paiements pour des services médicaux assurés fournis hors province ou territoire (au Canada).	4 241 000	4 327 000	4 562 000	4 082 000	4 231 000
41. Paiement moyen (par service) pour des services médicaux assurés fournis hors province ou territoire (au Canada).	24,77	28,41	26,35	28,56	29,57

Services médicaux assurés rendus à l'étranger					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
42. Nombre de services médicaux assurés fournis à l'étranger qui ont été payés.	4 000	4 000	6 000	4 000	3 000
43. Total des paiements pour des services médicaux assurés fournis à l'étranger.	65 000	107 000	424 000	67 000	172 000
44. Paiement moyen (par service) pour des services médicaux assurés fournis à l'étranger.	17,25	19,61	70,16	16,37	54,30

⁹ Rémunération à l'acte.

Île-du-Prince-Édouard

Personnes inscrites					
Population	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
1. Nombre total de personnes inscrites au régime d'assurance-santé au 31 mars. (#)	130 004	134 006	138 205	140 001	141 031

Services hospitaliers rendus dans la province ou le territoire					
Services hospitaliers assurés	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
2. Nombre d'établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés (sauf les hôpitaux psychiatriques et les maisons de repos), par type principal de soins offerts par l'établissement : (#)					
a. soins actifs	7	7	7	7	7
b. soins de longue durée	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
c. soins de réadaptation	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. services diagnostiques aux malades externes	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
e. services de chirurgie d'un jour (aux malades externes)	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
f. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
g. nombre total d'établissements	7	7	7	7	7
3. Nombre de lits dotés en personnel dans <u>tous</u> les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par catégorie de lits : (#)					
a. soins actifs	470	470	470	479	474
b. soins de longue durée	57	57	57	57	57
c. soins de réadaptation	20	20	20	20	20
d. services diagnostiques aux malades externes	19	19	19	19	19
e. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
f. nombre total de lits dotés en personnel	566	566	566	575	575
4. Nombre total de lits approuvés dans <u>tous</u> les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par catégorie de lits : (#)					
a. soins actifs	470	470	470	479	474
b. soins de longue durée	57	57	57	57	57
c. soins de réadaptation	20	20	20	20	20
d. services diagnostiques aux malades externes	19	19	19	19	19
e. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
f. nombre total de lits approuvés	566	566	566	575	575

Services hospitaliers rendus dans la province ou le territoire					
Services hospitaliers assurés	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
5. Nombre de radiations dans <u>tous</u> les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type de soins : (#)					
a. soins actifs	18 644	17 796	18 280	16 409	16 335
b. soins de longue durée	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible ¹
c. soins de réadaptation	377	360	329	336	387
d. services diagnostiques aux malades externes	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible ¹
e. services de chirurgie d'un jour (aux malades externes)	6 250	6 186	non disponible	non disponible	non disponible ¹
f. en attente d'un autre type de soins	non disponible	non disponible	267	274	non disponible
g. nouveau-nés	non disponible	non disponible	1 363	1 356	1 362
h. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
i. nombre total de radiations	25 271	24 342	20 239	18 375	18 084
6. Durée moyenne des hospitalisations dans <u>tous</u> les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type de soins : (# de jours)					
a. soins actifs	7,90	8,40	8,20	8,10	7,90
b. soins de longue durée	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible ¹
c. soins de réadaptation	19,00	18,00	20,00	13,00	13,80
d. nouveau-nés	non disponible	non disponible	non disponible	4,00	non disponible
e. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
7. Total des paiements aux établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type principal de soins offerts par l'établissement : (\$)					
a. soins actifs	101 600 000	104 000 000	106 774 200	109 128 000	115 697 000
b. soins de longue durée	sans objet	sans objet	sans objet	900	sans objet
c. soins de réadaptation	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. services diagnostiques aux malades externes	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
e. services de chirurgie d'un jour	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
f. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
g. total des paiements aux établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés	101 600 000	104 000 000	106 774 200	109 128 900	115 697 000

¹ Données non disponibles, les autorités sanitaires régionales ne les ayant pas fournies au Ministère de la Santé et des Services sociaux de l'Île-du-Prince-Édouard.

Services hospitaliers rendus dans la province ou le territoire					
Services hospitaliers assurés	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
8. Coût quotidien moyen des soins aux malades hospitalisés offerts par <u>tous</u> les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés aux malades hospitalisés, par type de soins : (\$)					
a. soins actifs	690	696	non disponible	non disponible	non disponible
b. soins de longue durée	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
c. soins de réadaptation	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
9. Coût moyen par visite pour les services offerts aux malades externes par <u>tous</u> les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés aux malades externes, par type de soins : (\$)					
a. soins actifs	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible ²
b. soins de longue durée	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
c. soins de réadaptation	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. services diagnostiques aux malades externes	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible ²
e. services de chirurgie d'un jour (aux malades externes)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible ²
f. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
10. Coût moyen par visite pour les services offerts (aux malades hospitalisés et aux malades externes) par <u>tous</u> les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type de soins : (\$)					
a. soins actifs	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible ²
b. soins de longue durée	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
c. soins de réadaptation	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
11. Nombre d'établissements privés de soins de santé à but lucratif qui fournissent des services hospitaliers assurés, par principal type de soins offerts par l'établissement : (#)					
a. établissements de chirurgie privés	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
b. établissements d'imagerie diagnostique privés	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
c. nombre total d'établissements privés de soins de santé à but lucratif	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet

² Les paiements aux établissements couvrent indistinctement les services hospitaliers et les services de consultation externe.

Services hospitaliers rendus dans la province ou le territoire					
Services hospitaliers assurés	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
12. Nombre de services hospitaliers assurés fournis par des établissements privés de soins de santé à but lucratif, par principal type de soins offerts par l'établissement : (#)					
a. établissements de chirurgie privés	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
b. établissements d'imagerie diagnostique privés	sans objet	not applicable	sans objet	sans objet	sans objet
c. nombre total de services hospitaliers assurés fournis par des établissements privés de soins de santé à but lucratif	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
13. Total des paiements aux établissements privés de soins de santé à but lucratif qui fournissent des services hospitaliers assurés, par principal type de soins offerts par l'établissement : (\$)					
a. établissements de chirurgie privés	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
b. établissements d'imagerie diagnostique privés	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
c. total des paiements aux établissements privés de soins de santé à but lucratif	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
Services hospitaliers rendus hors province ou territoire (au Canada)					
Services hospitaliers assurés	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003 ³
14. Nombre total de réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés hors province ou territoire (au Canada). (#)	2 279	1 812	1 903	2 220	2 059
15. Nombre total de réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes hors province ou territoire (au Canada). (#)	16 457	14 428	14 839	17 572	16 790
16. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés hors province ou territoire (au Canada). (\$)	12 300 000	10 600 000	10 127 380	9 417 000	11 713 751
17. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes hors province ou territoire (au Canada). (\$)	2 600 000	2 300 000	2 380 567	2 930 100	2 879 064

³ Données préliminaires en date de novembre 2003. Les chiffres pourront changer quand l'I.-P.-É aura reçu d'autres demandes de paiement de services hospitaliers.

Services hospitaliers rendus hors province ou territoire (au Canada)					
Services hospitaliers assurés	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003 ³
18. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés hors province ou territoire (au Canada). (\$)	5 397,0	5 850,0	5 322,0	4 242,0	5 689,0
19. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes hors province ou territoire (au Canada). (\$)	158,00	160,00	160,00	167,00	171,00

Services hospitaliers rendus à l'étranger					
Services hospitaliers assurés	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003 ³
20. Nombre total de réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés à l'étranger. (#)	27	21	30	26	23
21. Nombre total de réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes à l'étranger. (#)	102	106	112	85	152
22. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés à l'étranger. (\$)	50 100	53 800	54 180	123 127	79 577
23. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes à l'étranger. (\$)	11 700	21 700	43 494	13 702	25 954
24. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés à l'étranger. (\$)	1 856,00	2 561,00	1 806,00	4 736,00	3 459,00
25. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes à l'étranger. (\$)	115,00	205,00	388,00	161,00	171,00

³ Données préliminaires en date de novembre 2003. Les chiffres pourront changer quand l'I.-P.-É aura reçu d'autres demandes de paiement de services hospitaliers.

Services de chirurgie dentaire rendus dans la province ou le territoire					
Services dentaires assurés	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
26. Nombre de dentistes qui participent au régime d'assurance-santé. (#)	2	2	2	2	2
27. Nombre de services de chirurgie dentaire assurés fournis par des dentistes participants. (#)	400	176	145	176	312
28. Total des paiements aux dentistes pour des services de chirurgie dentaire assurés. (\$)	52 700	37 600	53 100	60 989	88 443
29. Paiement moyen (par service) pour des services de chirurgie dentaire assurés. (\$)	132,00	214,00	366,00	347,00	283,00

Services médicaux rendus dans la province ou le territoire					
Services médicaux assurés	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
30. Nombre de médecins qui participent au régime d'assurance-santé, par catégorie de médecins : (#)					
a. omnipraticiens	97,80	98,60	101,00	101,00	97,00
b. spécialistes	71,70	74,00	75,00	75,00	92,00
c. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. total	169,50	172,60	176,00	176,00	189,00
31. Nombre de médecins qui n'ont opté pour le retrait du régime d'assurance-santé, par catégorie de médecins : (#)					
a. omnipraticiens	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
b. spécialistes	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
c. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. total	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
32. Nombre de médecins qui ne participent pas au régime d'assurance-santé, par catégorie de médecins : (#)					
a. omnipraticiens	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
b. spécialistes	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
c. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. total	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet

Services médicaux rendus dans la province ou le territoire					
Services médicaux assurés	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
33. Nombre de services médicaux assurés, par catégorie de médecins (rémunération à l'acte) : (#)					
a. omnipraticiens	869 320	848 816	861 112	816 197	716 597
b. spécialistes	422 483	415 130	409 917	358 600	362 619
c. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. total	1 291 803	1 263 946	1 271 029	1 174 797	1 079 216
34. Nombre de services médicaux assurés, par catégorie de services : (#)					
a. services médicaux	158 836	154 930	152 796	107 683	96 152
b. services de chirurgie	146 186	144 947	143 940	140 020	150 036
c. services de diagnostic	117 461	115 253	113 181	110 897	116 431
d. autres	869 320	848 816	861 112	816 197 ⁴	716 597 ⁴
e. total	1 291 803	1 263 946	1 271 029	1 174 797	1 079 216
35. Total des paiements (rémunération à l'acte) aux médecins pour des services médicaux assurés, par catégorie de médecins : (\$)					
a. omnipraticiens	15 000 000	15 700 000	15 800 000	16 588 900	16 537 250
b. spécialistes	16 200 000	17 100 000	17 200 000	15 559 600	16 446 970
c. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. total	31 200 000	32 800 000	33 000 000	32 148 500	32 984 220
36. Total des paiements aux médecins pour des services médicaux assurés, par catégorie de services : (\$)					
a. services médicaux	6 200 000	6 600 000	6 500 000	5 061 000	4 892 997
b. services de chirurgie	8 300 000	8 800 000	8 900 000	8 703 600	9 509 720
c. services de diagnostic	1 700 000	1 700 000	1 800 000	1 795 000	2 044 253
d. autres	sans objet	sans objet	15 800 000	16 588 900 ⁴	16 537 250 ⁴
e. total	31 200 000	32 800 000	33 000 000	32 148 500	32 984 220
37. Paiement moyen (par service) pour des services médicaux assurés (rémunération à l'acte), par catégorie de médecins : (\$)					
a. omnipraticiens	17,00	18,00	18,00	20,00	23,00
b. spécialistes	38,00	41,00	42,00	43,00	45,00
c. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. paiement moyen pour tous les médecins	24,00	26,00	26,00	27,00	31,00

⁴ Comprend des médecins omnipraticiens.

Services médicaux rendus dans la province ou le territoire					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
38. Paiement moyen (par service) pour des services médicaux assurés, par catégorie de services : (\$)					
a. services médicaux	39,00	43,00	43,00	47,00	51,00
b. services de chirurgie	57,00	61,00	62,00	62,00	63,00
c. services de diagnostic	15,00	15,00	15,00	16,00	18,00
d. autres	sans objet	sans objet	sans objet	20,00	23,00
e. paiement moyen pour tous les services	24,00	26,00	26,00	27,00	31,00

Services médicaux rendus hors province ou territoire (au Canada)					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
39. Nombre de services médicaux assurés fournis hors province ou territoire qui n'ont été payés (au Canada). (#)	56 192	56 084	46 832	67 435	48 369
40. Total des paiements pour des services médicaux assurés fournis hors province ou territoire (au Canada). (\$)	3 090 000	3 080 000	3 370 102	3 871 900	3 778 171
41. Paiement moyen (par service) pour des services médicaux assurés fournis hors province ou territoire (au Canada). (\$)	55,00	55,00	72,00	57,00	78,00

Services médicaux rendus à l'étranger					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
42. Nombre de services médicaux assurés fournis à l'étranger qui n'ont été payés. (#)	807	666	728	677	521
43. Total des paiements pour des services médicaux assurés fournis à l'étranger. (\$)	25 495	38 274	57 365	33 995	30 076
44. Paiement moyen (par service) pour des services médicaux assurés fournis à l'étranger. (\$)	31,00	57,00	79,00	50,00	58,00

Nouvelle-Écosse

Personnes inscrites					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
1. Nombre total de personnes inscrites au régime d'assurance-santé au 31 mars. (#)	937 587	944 487	947 963	953 385	955 475

Services hospitaliers assurés rendus dans la province ou le territoire					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
2. Nombre d'établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés (sauf les hôpitaux psychiatriques et les maisons de repos), par type principal de soins offerts par l'établissement : (#)					
a. soins actifs	35	35	35	35	35
b. soins de longue durée	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
c. soins de réadaptation	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. services diagnostiques aux malades externes	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
e. services de chirurgie d'un jour (aux malades externes)	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
f. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
g. nombre total d'établissements	35	35	35	35	35
3. Nombre de lits dotés en personnel dans <u>tous</u> les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par catégorie de lits : (#)					
a. soins actifs	3 221 ¹	3 117 ¹	3 089 ¹	2 982 ¹	2 938 ¹
b. soins de longue durée	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
c. soins de réadaptation	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. services diagnostiques aux malades externes	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
e. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
f. nombre total de lits dotés en personnel	3 221	3 117	3 089	2 982	2 938
4. Nombre total de lits approuvés dans <u>tous</u> les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par catégorie de lits : (#)					
a. soins actifs	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
b. soins de longue durée	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
c. soins de réadaptation	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. services diagnostiques aux malades externes	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
e. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
f. nombre total de lits approuvés	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet

¹ Comprend les soins de réadaptation.

Services hospitaliers assurés rendus dans la province ou le territoire					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
5. Nombre de radiations dans <u>tous</u> les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type de soins : (#)					
a. soins actifs	106 954	104 509	98 209	93 878	90 865
b. soins de longue durée	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. soins de réadaptation	846	778	792	827	855 ²
d. services diagnostiques aux malades externes	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
e. services de chirurgie d'un jour (aux malades externes)	89 046	93 700	96 832	96 797	97 559
f. en attente d'un autre type de soins	1 690	2 002	2 064	2 161	2 077
g. nouveau-nés	9 675	9 607	9 038	8 893	8 656
h. autres	133	135	150	155	201
i. nombre total de radiations	208 344	210 731	207 085	202 711	200 213
6. Durée moyenne des hospitalisations dans <u>tous</u> les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type de soins : (# de jours)					
a. soins actifs	7,93	8,29	8,61	8,50	8,27
b. soins de longue durée	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
c. soins de réadaptation	42,00	43,30	47,20	42,90	39,07
d. nouveau-nés	3,68	3,69	3,80	3,70	4,07
e. autres	125,00	159,41	147,08	111,90	76,20
7. Total des paiements aux établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type principal de soins offerts par l'établissement : ³ (\$)					
a. soins actifs	795 946 000	812 776 800	877 019 426	926 797 569	non disponible
b. soins de longue durée	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
c. soins de réadaptation	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. services diagnostiques aux malades externes	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
e. services de chirurgie d'un jour (aux malades externes)	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
f. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
g. total des paiements aux établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés	795 946 000	812 776 800	877 019 426	926 797 569	non disponible

² Soins de niveau type 4.

³ Les \$ sont versés aux établissements de soins actifs et aux ASD seulement.

Services hospitaliers assurés rendus dans la province ou le territoire					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
8. Coût quotidien moyen des soins aux malades hospitalisés offerts par <u>tous</u> les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés aux malades hospitalisés, par type de soins : (\$)					
a. soins actifs	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
b. soins de longue durée	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
c. soins de réadaptation	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
9. Coût moyen par visite pour les services offerts aux malades externes par <u>tous</u> les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés aux malades externes, par type de soins : (\$)					
a. soins actifs	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
b. soins de longue durée	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
c. soins de réadaptation	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. services diagnostiques aux malades externes	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
e. services de chirurgie d'un jour (aux malades externes)	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
f. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
10. Coût moyen par visite pour les services offerts (aux malades hospitalisés et aux malades externes) par <u>tous</u> les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type de soins : (\$)					
a. soins actifs	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
b. soins de longue durée	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
c. soins de réadaptation	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
11. Nombre d'établissements privés de soins de santé à but lucratif qui fournissent des services hospitaliers assurés, par principal type de soins offerts par l'établissement : (#)					
a. établissements de chirurgie privés	1	1	1	1	1
b. établissements d'imagerie diagnostique privés	0	0	0	0	0
c. nombre total d'établissements privés de soins de santé à but lucratif	1	1	1	1	1

Services hospitaliers assurés rendus dans la province ou le territoire					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
12. Nombre de services hospitaliers assurés fournis par des établissements privés de soins de santé à but lucratif, par principal type de soins offerts par l'établissement : (#)					
a. établissements de chirurgie privés	154	120	109	81	83
b. établissements d'imagerie diagnostique privés	0	0	0	0	0
c. nombre total de services hospitaliers assurés fournis par des établissements privés de soins de santé à but lucratif	0	0	0	0	0
13. Total des paiements aux établissements privés de soins de santé à but lucratif qui fournissent des services hospitaliers assurés, par principal type de soins offerts par l'établissement : (\$)					
a. établissements de chirurgie privés	19 572	15 677	14 627	10 926	11 714
b. établissements d'imagerie diagnostique privés	0	0	0	0	0
c. total des paiements aux établissements privés de soins de santé à but lucratif	0	0	0	0	0

Services hospitaliers assurés rendus hors de la province ou du territoire (au Canada)					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
14. Nombre total de réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés hors province ou territoire (au Canada). (#)	2 395	2 382	2 520	2 050	2 300
15. Nombre total de réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes hors province ou territoire (au Canada). (#)	29 927	30 086	32 859	30 749	34 425
16. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés hors province ou territoire (au Canada). (\$)	10 395 116	10 499 281	9 961 995	8 536 691	12 685 659
17. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes hors province ou territoire (au Canada). (\$)	3 770 060	3 772 315	4 171 365	4 009 667	4 447 816

Services hospitaliers assurés rendus hors de la province ou du territoire (au Canada)					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
18. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés hors province ou territoire (au Canada). (\$)	4 340,34	4 407,75	3 953,17	4 115,45	5 515,50
19. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes hors province ou territoire (au Canada). (\$)	125,98	125,38	126,94	130,39	129,20

Services hospitaliers assurés rendus à l'étranger					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
20. Nombre total de réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés à l'étranger. (#)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
21. Nombre total de réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes à l'étranger. (#)	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
22. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés à l'étranger. (\$)	859 642	1 053 577	735 834	1 000 023	938 092
23. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes à l'étranger. (\$)	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
24. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés à l'étranger. (\$)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
25. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes à l'étranger. (\$)	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet

Services de chirurgie dentaire assurés rendus dans la province ou le territoire					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
26. Nombre de dentistes qui participent au régime d'assurance-santé. (#)	54	55	39	35	36
27. Nombre de services de chirurgie dentaire assurés fournis par des dentistes participants. (#)	16 909	17 525	6 853	4 497	5 188
28. Total des paiements aux dentistes pour des services de chirurgie dentaire assurés. (\$)	1 726 646	1 467 485	998 692	884 506	939 004
29. Paiement moyen (par service) pour des services de chirurgie dentaire assurés. (\$)	102,11	83,74	144,27	196,69	181,00

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
30. Nombre de médecins qui participent au régime d'assurance-santé, par catégorie de médecins : (#)					
a. omnipraticiens	non disponible	829	920	865	875
b. spécialistes	non disponible	1 095	1 067	1 128	1 142
c. autres	0	0	0	10	9
d. total	1 853	1 924	1 987	2 003	2 026
31. Nombre de médecins qui ont opté pour le retrait du régime d'assurance-santé, par catégorie de médecins : (#)					
a. omnipraticiens	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
b. spécialistes	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. autres	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. total	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
32. Nombre de médecins qui ne participent pas au régime d'assurance-santé, par catégorie de médecins : (#)					
a. omnipraticiens	0	0	0	0	0
b. spécialistes	0	0	0	0	0
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	0	0	0	0	0

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
33. Nombre de services médicaux assurés, par catégorie de médecins (rémunération à l'acte) : (#)					
a. omnipraticiens	4 334 359	4 619 083	4 498 232	4 521 991	4 563 449
b. spécialistes	1 794 146	1 606 842	1 645 535	1 650 685	1 677 973
c. autres	0	0	3 951	2 999	2 512
d. total	6 128 505	6 225 925	6 147 718	6 175 675	6 243 934
34. Nombre de services médicaux assurés, par catégorie de services : ⁴ (#)					
a. services médicaux	5 809 644	5 908 054	5 457 153	5 462 682	6 458 299
b. services de chirurgie	320 861	317 871	985 321	1 009 997	1 096 509
c. services diagnostiques	1 544 529	1 514 011	1 121 296	1 124 792	1 144 383
d. autres	0	0	291 352	308 326	324 081
e. total	7 675 034	7 739 936	6 147 718	7 905 797	9 023 272
35. Total des paiements (rémunération à l'acte) aux médecins pour des services médicaux assurés, par catégorie de médecins : ⁵ (\$)					
a. omnipraticiens	91 620 190	104 587 110	102 332 556	102 555 964	113 507 874
b. spécialistes	118 656 216	112 250 617	117 891 477	118 414 434	127 688 914
c. autres	0	0	175 890	162 779	165 984
d. total	210 276 406	216 837 727	220 399 923	221 133 176	241 362 772
36. Total des paiements aux médecins pour des services médicaux assurés, par catégorie de services : ^{4,5} (\$)					
a. services médicaux	non disponible	non disponible	239 036 017	244 049 190	270 161 897
b. services de chirurgie	non disponible	non disponible	77 328 861	80 867 051	91 426 158
c. services diagnostiques	non disponible	non disponible	25 385 064	26 262 276	28 530 589
d. autres	non disponible	non disponible	7 287 248	8 015 345	8 210 021
e. total	317 320 281	350 091 235	349 037 190	359 193 862	398 328 665
37. Paiement moyen (par service) pour des services médicaux assurés (rémunération à l'acte), par catégorie de médecins : (\$)					
a. omnipraticiens	21,14	22,64	22,75	22,68	24,87
b. spécialistes	66,14	69,86	71,64	71,74	76,10
c. autres	0,00	0,00	44,52	54,28	66,08
d. paiement moyen pour tous les médecins	34,31	34,83	35,85	35,81	38,66

⁴ Paiement à l'acte + programmes financés autrement.

⁵ À cause de différences méthodologiques, il est possible qu'il y ait des écarts entre les données présentées ici et les tableaux statistiques annuels de la Nouvelle-Écosse.

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
38. Paiement moyen (par service) pour des services médicaux assurés, par catégorie de services : ⁴ (\$)					
a. services médicaux	non disponible	non disponible	29,40	29,18	41,83
b. services de chirurgie	non disponible	non disponible	68,53	68,49	83,38
c. services diagnostiques	non disponible	non disponible	57,21	58,97	24,93
d. autres	non disponible	non disponible	47,78	53,58	25,33
e. paiement moyen pour tous les services	41,34	45,23	35,85	35,81	44,14

Services médicaux assurés rendus hors province ou territoire (au Canada)					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
39. Nombre de services médicaux assurés fournis hors province ou territoire qui ont été payés (au Canada). (#)	non disponible	non disponible	180 299	179 833	187 390
40. Total des paiements pour des services médicaux assurés fournis hors province ou territoire (au Canada). (\$)	non disponible	non disponible	4 766 189	5 078 794	5 562 125
41. Paiement moyen (par service) pour des services médicaux assurés fournis hors province ou territoire (au Canada). (\$)	non disponible	non disponible	26,43	28,24	29,68

Services médicaux assurés rendus à l'étranger					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
42. Nombre de services médicaux assurés fournis à l'étranger qui ont été payés. (#)	non disponible	non disponible	2 541	2 421	2 748
43. Total des paiements pour des services médicaux assurés fournis à l'étranger. (\$)	non disponible	non disponible	98 461	109 484	121 780
44. Paiement moyen (par service) pour des services médicaux assurés fournis à l'étranger. (\$)	non disponible	non disponible	38,75	45,22	44,32

⁴ Paiement à l'acte + programmes financés autrement.

Nouveau-Brunswick

Personnes inscrites					
Population	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
1. Nombre total de personnes inscrites au régime d'assurance-santé au 31 mars. (#)	735 510	739 336	738 598	737 299	738 774

Services hospitaliers rendus dans la province ou le territoire					
Services hospitaliers assurés	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
2. Nombre d'établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés (sauf les hôpitaux psychiatriques et les maisons de repos), par type principal de soins offerts par l'établissement : (#)					
a. soins actifs	31	31	31	31	non disponible
b. soins de longue durée	0	0	0	0	non disponible
c. soins de réadaptation	1	1	1	1	non disponible
d. services diagnostiques aux malades externes	0	0	0	0	non disponible
e. services de chirurgie d'un jour (aux malades externes)	0	0	0	0	non disponible
f. autres	0	0	0	0	non disponible
g. nombre total d'établissements	32	32	32	32	non disponible
3. Nombre de lits dotés en personnel dans <u>tous</u> les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par catégorie de lits : (#)					
a. soins actifs	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
b. soins de longue durée	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. soins de réadaptation	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. services diagnostiques aux malades externes	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
e. autres	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
f. nombre total de lits dotés en personnel	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
4. Nombre total de lits approuvés dans <u>tous</u> les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par catégorie de lits : (#)					
a. soins actifs	3 036	3 036	3 036	3 036	3 049 ¹
b. soins de longue durée	397	397	397	397	397
c. soins de réadaptation	20	20	20	20	20
d. services diagnostiques aux malades externes	0	0	0	0	0
e. autres	0	0	0	0	0
f. nombre total de lits approuvés	3 453	3 453	3 453	3 453	4 035

¹ Inclut les lits de soins non tertiaires de courte durée, les lits de soins tertiaires en oncologie, les lits de soins tertiaires en chirurgie cardiaque et les lits de soins tertiaires en neurochirurgie.

Services hospitaliers rendus dans la province ou le territoire					
Services hospitaliers assurés	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
5. Nombre de radiations dans <u>tous</u> les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type de soins : (#)					
a. soins actifs	109 542	108 353	102 465	102 465	98 461 ²
b. soins de longue durée	2 398	2 281	1 887	1 887	non disponible
c. soins de réadaptation	411	444	465	465	non disponible
d. services diagnostiques aux malades externes	0	0	0	0	non disponible
e. services de chirurgie d'un jour (aux malades externes)	42 962	46 287	46 345	46 345	non disponible
f. en attente d'un autre type de soins	307	308	342	342	non disponible
g. nouveau-nés	7 939	7 778	7 455	7 455	non disponible
h. autres	0	0	0	0	non disponible
i. nombre total de radiations	163 559	165 451	158 959	158 959	non disponible
6. Durée moyenne des hospitalisations dans <u>tous</u> les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type de soins : (# de jours)					
a. soins actifs	6,80	6,80	7,10	7,10	8,50 ²
b. soins de longue durée	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. soins de réadaptation	47,30	41,30	41,20	41,20	non disponible
d. nouveau-nés	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
e. autres	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
7. Total des paiements aux établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type principal de soins offerts par l'établissement : (\$)					
a. soins actifs	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
b. soins de longue durée	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. soins de réadaptation	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. services diagnostiques aux malades externes	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
e. services de chirurgie d'un jour	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
f. autres	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
g. total des paiements aux établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés	679 000 000 ³	722 600 000 ³	768 400 000 ³	839 100 000 ³	893 400 000 ³

² Comprend les services d'intervention immédiate, de réadaptation, les services tertiaires (à l'exception des services psychiatriques). Exclut les nouveau-nés, les mortinaissances, le traitement des dépendances, l'auberge, les lits du ministère des Anciens combattants et les lits réservés. Rapport annuel 2002-2003 du Nouveau-Brunswick.

³ Dépenses brutes des établissements hospitaliers dont fait état le rapport annuel 2002-2003 du Nouveau-Brunswick.

Services hospitaliers rendus dans la province ou le territoire					
Services hospitaliers assurés	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
8. Coût quotidien moyen des soins aux malades hospitalisés offerts par <u>tous</u> les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés aux malades hospitalisés, par type de soins : (\$)					
a. soins actifs	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
b. soins de longue durée	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. soins de réadaptation	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. autres	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
9. Coût moyen par visite pour les services offerts aux malades externes par <u>tous</u> les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés aux malades externes, par type de soins : (\$)					
a. soins actifs	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
b. soins de longue durée	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. soins de réadaptation	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. services diagnostiques aux malades externes	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
e. services de chirurgie d'un jour (aux malades externes)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
f. autres	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
10. Coût moyen par visite pour les services offerts (aux malades hospitalisés et aux malades externes) par <u>tous</u> les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type de soins : (\$)					
a. soins actifs	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
b. soins de longue durée	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. soins de réadaptation	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. autres	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
11. Nombre d'établissements privés de soins de santé à but lucratif qui fournissent des services hospitaliers assurés, par principal type de soins offerts par l'établissement : (#)					
a. établissements de chirurgie privés	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
b. établissements d'imagerie diagnostique privés	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
c. nombre total d'établissements privés de soins de santé à but lucratif	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet

Services hospitaliers rendus dans la province ou le territoire					
Services hospitaliers assurés	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
12. Nombre de services hospitaliers assurés fournis par des établissements privés de soins de santé à but lucratif, par principal type de soins offerts par l'établissement : a. établissements de chirurgie privés b. établissements d'imagerie diagnostique privés c. nombre total de services hospitaliers assurés fournis par des établissements privés de soins de santé à but lucratif	(#) non disponible non disponible non disponible	non disponible non disponible non disponible	non disponible non disponible non disponible	non disponible non disponible non disponible	non disponible non disponible non disponible
13. Total des paiements aux établissements privés de soins de santé à but lucratif qui fournissent des services hospitaliers assurés, par principal type de soins offerts par l'établissement : a. établissements de chirurgie privés b. établissements d'imagerie diagnostique privés c. total des paiements aux établissements privés de soins de santé à but lucratif	(\$) non disponible non disponible non disponible	non disponible non disponible non disponible	non disponible non disponible non disponible	non disponible non disponible non disponible	non disponible non disponible non disponible
Services hospitaliers rendus hors province ou territoire (au Canada)					
Services hospitaliers assurés	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
14. Nombre total de réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés hors province ou territoire (au Canada).	(#) 3 768 pts / 24 915 jours	3 900 pts / 25 655 jours	4 130 pts / 26 572 jours	3 796 pts / 23 342 jours	4 168 pts / 23 949 jours
15. Nombre total de réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes hors province ou territoire (au Canada).	(#) 36 081	32 796	35 834	36 687	40 145
16. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés hors province ou territoire (au Canada).	(\$) 21 863 730	22 473 974	21 561 907	19 110 500	23 477 103
17. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes hors province ou territoire (au Canada).	(\$) 4 374 860	4 235 429	4 702 219	5 261 500	5 387 946

Services hospitaliers rendus hors province ou territoire (au Canada)					
Services hospitaliers assurés	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
18. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés hors province ou territoire (au Canada). (\$)	877,53	876,01	811,45	818,72	1 005,79
19. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes hors province ou territoire (au Canada). (\$)	121,25	129,14	131,22	143,42	134,21

Services hospitaliers rendus à l'étranger					
Services hospitaliers assurés	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
20. Nombre total de réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés à l'étranger. (#)	145 pts / 661 jours	212 pts / 1 691 jours	166 pts / 1 096 jours	148 pts / 1 447 jours	180 pts / 843 jours
21. Nombre total de réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes à l'étranger. (#)	395	524	639	1 003	1 000
22. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés à l'étranger. (\$)	150 403	487 760	458 759	440 088	420 659
23. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes à l'étranger. (\$)	85 443	105 783	180 712	133 360	244 217
24. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés à l'étranger. (\$)	227,54	288,44	418,58	304,14	290,71
25. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes à l'étranger. (\$)	216,31	201,88	282,80	132,96	244,22

Services de chirurgie dentaire rendus dans la province ou le territoire					
Services dentaires assurés	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
26. Nombre de dentistes qui participent au régime d'assurance-santé. (#)	17	12	16	12	16
27. Nombre de services de chirurgie dentaire assurés fournis par des dentistes participants. (#)	790	751	1 004	1 010	1 283
28. Total des paiements aux dentistes pour des services de chirurgie dentaire assurés. (\$)	132 577	136 491	189 777	186 944	208 946
29. Paiement moyen (par service) pour des services de chirurgie dentaire assurés. (\$)	167,82	181,75	189,02	185,09	162,86

Services médicaux rendus dans la province ou le territoire					
Services médicaux assurés	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
30. Nombre de médecins qui participent au régime d'assurance-santé, par catégorie de médecins : (#)					
a. omnipraticiens	619	629	645	689	675
b. spécialistes	709	721	710	799	731
c. autres	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. total	1 328	1 350	1 355	1 488	1 406
31. Nombre de médecins qui n'ont opté pour le retrait du régime d'assurance-santé, par catégorie de médecins : (#)					
a. omnipraticiens	0	0	0	0	0
b. spécialistes	0	0	0	0	0
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	0	0	0	0	0
32. Nombre de médecins qui ne participent pas au régime d'assurance-santé, par catégorie de médecins : (#)					
a. omnipraticiens	0	0	0	0	0
b. spécialistes	0	0	0	0	0
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	0	0	0	0	0

Services médicaux rendus dans la province ou le territoire					
Services médicaux assurés	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
33. Nombre de services médicaux assurés, par catégorie de médecins (rémunération à l'acte) : (#)					
a. omnipraticiens	3 692 566	3 721 782	3 668 781	3 611 747	3 731 076
b. spécialistes	2 551 663	2 612 744	2 590 346	2 523 217	2 624 893
c. autres	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. total	6 244 229	6 334 526	6 259 127	6 134 964	6 355 969
34. Nombre de services médicaux assurés, par catégorie de services : ⁴ (#)					
a. services médicaux	729 803	739 911	728 947	699 991	749 181
b. services de chirurgie	828 626	852 725	839 980	826 342	887 993
c. services de diagnostic	993 234 ⁵	1 020 108 ⁵	1 021 419 ⁵	996 884 ⁵	987 719 ⁵
d. autres	3 692 566 ⁶	3 721 782 ⁶	3 668 781 ⁶	3 611 747 ⁶	3 731 076 ⁶
e. total	6 244 229	6 334 526	6 259 127	6 134 964	6 355 969
35. Total des paiements (rémunération à l'acte) aux médecins pour des services médicaux assurés, par catégorie de médecins : (\$)					
a. omnipraticiens	77 851 628	77 958 130	78 139 070	85 584 720	100 812 443
b. spécialistes	104 752 866	111 554 173	111 224 207	119 386 452	135 546 463
c. autres	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. total	182 604 494	189 512 303	189 363 277	204 971 172	236 358 906
36. Total des paiements aux médecins pour des services médicaux assurés, par catégorie de services : ⁴ (\$)					
a. services médicaux	40 384 442	41 795 791	41 068 744	43 525 046	50 457 210
b. services de chirurgie	46 871 179	48 732 272	47 840 045	52 103 502	60 579 805
c. services de diagnostic	17 497 245 ⁵	21 026 109 ⁵	22 315 418 ⁵	23 757 904 ⁵	24 509 448 ⁵
d. autres	77 851 628 ⁶	77 958 130 ⁶	78 139 070 ⁶	85 584 720 ⁶	100 812 443 ⁶
e. total	182 604 494	189 512 302	189 363 277	204 971 172	236 358 906
37. Paiement moyen (par service) pour des services médicaux assurés (rémunération à l'acte), par catégorie de médecins : (\$)					
a. omnipraticiens	21,08	20,95	21,30	23,70	27,02
b. spécialistes	41,05	42,70	42,94	47,32	51,64
c. autres	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. paiement moyen pour tous les médecins	29,24	29,92	30,25	33,41	37,19

⁴ Rémunération à l'acte seulement.

⁵ Radiologie seulement

⁶ Comprend les omnipraticiens.

Services médicaux rendus dans la province ou le territoire					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
38. Paiement moyen (par service) pour des services médicaux assurés, par catégorie de services : ⁴					
a. services médicaux	55,34	56,49	56,34	62,18	67,35
b. services de chirurgie	56,56	57,15	56,95	63,05	68,22
c. services de diagnostic	17,62 ⁵	20,61 ⁵	21,85 ⁵	23,83 ⁵	24,81 ⁵
d. autres	21,08 ⁶	20,95 ⁶	21,30 ⁶	23,70 ⁶	27,02 ⁶
e. paiement moyen pour tous les services	29,24	29,92	30,25	33,41	37,19

Services médicaux rendus hors province ou territoire (au Canada)					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
39. Nombre de services médicaux assurés fournis hors province ou territoire qui n'ont été payés (au Canada).	140 375	137 950	141 014	161 415	178 569
40. Total des paiements pour des services médicaux assurés fournis hors province ou territoire (au Canada).	5 684 969	6 050 729	6 280 048	7 721 995	9 303 055
41. Paiement moyen (par service) pour des services médicaux assurés fournis hors province ou territoire (au Canada).	40,37	40,50	43,86	47,84	52,10

Services médicaux rendus à l'étranger					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
42. Nombre de services médicaux assurés fournis à l'étranger qui n'ont été payés.	3 835	4 554	4 202	4 360	5 018
43. Total des paiements pour des services médicaux assurés fournis à l'étranger.	223 066	356 128	362 994	482 915	395 061
44. Paiement moyen (par service) pour des services médicaux assurés fournis à l'étranger.	50,39	58,17	78,20	110,76	78,73

⁴ Rémunération à l'acte seulement.

⁵ Radiologie seulement

⁶ Comprend les omnipraticiens.

Personnes inscrites					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
1. Nombre total de personnes inscrites au régime d'assurance-santé au 31 mars. ¹ (#)	11 300 000	11 400 000	11 700 000	11 800 000	12 100 000

Services hospitaliers assurés rendus dans la province ou le territoire					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
2. Nombre d'établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés (sauf les hôpitaux psychiatriques et les maisons de repos), par type principal de soins offerts par l'établissement : (#)					
a. soins actifs	157	154	150	139	139
b. soins de longue durée	22	12	12	11	11
c. soins de réadaptation	5	4	4	4	4
d. services diagnostiques aux malades externes	non disponible ¹	non disponible ¹	non disponible ¹	non disponible ¹	non disponible ¹
e. services de chirurgie d'un jour (aux malades externes)	non disponible ²	non disponible ²	non disponible ²	non disponible ²	non disponible ²
f. autres	4	3	3	3	3
g. nombre total d'établissements	non disponible ³	non disponible ³	non disponible ³	non disponible ³	non disponible ³
3. Nombre de lits dotés en personnel dans <u>tous</u> les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par catégorie de lits : (#)					
a. soins actifs	23 872	24 254	25 008	24 233 ⁴	24 436 ⁴
b. soins de longue durée	7 787	7 505	7 455	7 389	6 896
c. soins de réadaptation	1 822	1 975	2 137	2 270	2 349
d. services diagnostiques aux malades externes	non disponible ⁵	non disponible ⁵	non disponible ⁵	non disponible ⁵	non disponible ⁵
e. autres	non disponible ⁵	non disponible ⁵	non disponible ⁵	non disponible ⁵	non disponible ⁵
f. nombre total de lits dotés en personnel	non disponible ⁵	non disponible ⁵	non disponible ⁵	non disponible ⁵	non disponible ⁵
4. Nombre total de lits approuvés dans <u>tous</u> les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par catégorie de lits : (#)					
a. soins actifs	non disponible ⁶	non disponible ⁶	non disponible ⁶	non disponible ⁶	non disponible ⁶
b. soins de longue durée	non disponible ⁶	non disponible ⁶	non disponible ⁶	non disponible ⁶	non disponible ⁶
c. soins de réadaptation	non disponible ⁶	non disponible ⁶	non disponible ⁶	non disponible ⁶	non disponible ⁶
d. services diagnostiques aux malades externes	non disponible ⁶	non disponible ⁶	non disponible ⁶	non disponible ⁶	non disponible ⁶
e. autres	non disponible ⁶	non disponible ⁶	non disponible ⁶	non disponible ⁶	non disponible ⁶
f. nombre total de lits approuvés	non disponible ⁶	non disponible ⁶	non disponible ⁶	non disponible ⁶	non disponible ⁶

¹ L'Ontario ne possède pas d'établissements dans ces catégories. Ces types d'établissements sont privés et tous les services assurés sont couverts par la province.

² Pour les chirurgies d'un jour, le nombre de cas est recensé mais pas le nombre de civières. Cependant, les unités de soins actifs, de longue durée et de réadaptation recensent le nombre de lits et les radiations.

³ Le total n'est pas disponible vu l'absence de données sur les civières/lits pour chirurgie d'un jour.

⁴ Les lits pour soins actifs dotés en personnel comprennent les hôpitaux provinciaux de soins psychiatriques et les données proviennent du registre des inscriptions quotidiennes. Étaient antérieurement les lits d'hôpitaux provinciaux de soins psychiatriques.

⁵ Les chiffres concernant les autres types de lits ne sont pas fournis séparément; ils sont intégrés dans les rapports sur les lits pour soins actifs, soins prolongés et soins de réadaptation.

⁶ Il n'y a pas de fichier central pour ce type de données.

Services hospitaliers assurés rendus dans la province ou le territoire					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
5. Nombre de radiations dans <u>tous</u> les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type de soins : (#)					
a. soins actifs	1 131 333	1 007 464	1 004 042	1 011 283 ⁷	1 017 199 ⁷
b. soins de longue durée	17 165	18 943	20 236 ⁸	20 432	20 897
c. soins de réadaptation	18 865	20 837	22 937 ⁸	27 004	29 599
d. services diagnostiques aux malades externes	non disponible ⁹	non disponible ⁹	non disponible ⁹	non disponible ⁹	non disponible ⁹
e. services de chirurgie d'un jour (aux malades externes)	896 833	943 045	983 916	1 012 618	non disponible
f. en attente d'un autre type de soins	non disponible ⁹	non disponible ⁹	non disponible ⁹	non disponible ⁹	non disponible ⁹
g. nouveau-nés	134 505	134 136	130 062	134 475	non disponible
h. autres	non disponible ⁹	non disponible ⁹	non disponible ⁹	non disponible ⁹	non disponible ⁹
i. nombre total de radiations	non disponible ⁹	non disponible ⁹	non disponible ⁹	non disponible ⁹	non disponible ⁹
6. Durée moyenne des hospitalisations dans <u>tous</u> les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type de soins : (# de jours)					
a. soins actifs	6,52	6,59	6,95	7,50	7,80
b. soins de longue durée	129,10	128,87	118,13	114,93	106,87
c. soins de réadaptation	30,30	29,85	26,32	26,45	25,38
d. nouveau-nés	2,83	2,90	2,96	2,91	non disponible
e. autres	non disponible ¹⁰	non disponible ¹⁰	non disponible ¹⁰	non disponible ¹⁰	non disponible ¹⁰
7. Total des paiements aux établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type principal de soins offerts par l'établissement : (\$)					
a. soins actifs	non disponible ¹¹	non disponible ¹¹	non disponible ¹¹	non disponible ¹¹	non disponible ¹¹
b. soins de longue durée	non disponible ¹¹	non disponible ¹¹	non disponible ¹¹	non disponible ¹¹	non disponible ¹¹
c. soins de réadaptation	non disponible ¹¹	non disponible ¹¹	non disponible ¹¹	non disponible ¹¹	non disponible ¹¹
d. services diagnostiques aux malades externes	non disponible ¹¹	non disponible ¹¹	non disponible ¹¹	non disponible ¹¹	non disponible ¹¹
e. services de chirurgie d'un jour (aux malades externes)	non disponible ¹¹	non disponible ¹¹	non disponible ¹¹	non disponible ¹¹	non disponible ¹¹
f. autres	non disponible ¹¹	non disponible ¹¹	non disponible ¹¹	non disponible ¹¹	non disponible ¹¹
g. total des paiements aux établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés	7 100 000 000	7 700 000 000 ¹²	8 700 000 000 ¹²	9 200 000 000	10 300 000 000

⁷ Les radiations des soins actifs comprennent les hôpitaux provinciaux de soins psychiatriques.

⁸ Les chiffres concernant les soins de longue durée et les soins de réadaptation ont été mis à jour pour tenir compte des rapports internes.

⁹ Données ne sont pas classées de la même façon. Ainsi, les autres niveaux de soins sont classés dans la même catégorie que les radiations des soins actifs.

¹⁰ Aucune donnée n'est recueillie dans la catégorie "autres".

¹¹ Les établissements en Ontario tendent à être mixtes (soins actifs et de longue durée, soins de longue durée et de réadaptation) avec une minorité du genre patient unique. Le classement par type d'établissement ne donne qu'un échantillon restreint, faussant les montants réellement dépensés pour les lits de soins de longue durée et de réadaptation.

¹² Les données ont été mises à jour pour inclure les hôpitaux provinciaux de soins psychiatriques.

Services hospitaliers assurés rendus dans la province ou le territoire					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
8. Coût quotidien moyen des soins aux malades hospitalisés offerts par <u>tous</u> les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés aux malades hospitalisés, par type de soins : (\$)					
a. soins actifs	691,00	761,00	723,63	836,57	845,76 ¹³
b. soins de longue durée	274,00	287,00	287,28	324,16	356,66 ¹³
c. soins de réadaptation	385,00	436,00	503,34	470,40	498,44 ¹³
d. autres	non disponible ¹⁰	non disponible ¹⁰	non disponible ¹⁰	non disponible ¹⁰	non disponible ¹⁰
9. Coût moyen par visite pour les services offerts aux malades externes par <u>tous</u> les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés aux malades externes, par type de soins : (\$)					
a. soins actifs	non disponible ¹⁴	non disponible ¹⁴	non disponible ¹⁴	non disponible ¹⁴	non disponible ¹⁴
b. soins de longue durée	non disponible ¹⁴	non disponible ¹⁴	non disponible ¹⁴	non disponible ¹⁴	non disponible ¹⁴
c. soins de réadaptation	non disponible ¹⁴	non disponible ¹⁴	non disponible ¹⁴	non disponible ¹⁴	non disponible ¹⁴
d. services diagnostiques aux malades externes	non disponible ¹⁴	non disponible ¹⁴	non disponible ¹⁴	non disponible ¹⁴	non disponible ¹⁴
e. services de chirurgie d'un jour (aux malades externes)	non disponible ¹⁴	non disponible ¹⁴	non disponible ¹⁴	non disponible ¹⁴	non disponible ¹⁴
f. autres	non disponible ¹⁴	non disponible ¹⁴	non disponible ¹⁴	non disponible ¹⁴	non disponible ¹⁴
10. Coût moyen par visite pour les services offerts (aux malades hospitalisés et aux malades externes) par <u>tous</u> les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type de soins : (\$)					
a. soins actifs	non disponible ¹⁴	non disponible ¹⁴	non disponible ¹⁴	non disponible ¹⁴	non disponible ¹⁴
b. soins de longue durée	non disponible ¹⁴	non disponible ¹⁴	non disponible ¹⁴	non disponible ¹⁴	non disponible ¹⁴
c. soins de réadaptation	non disponible ¹⁴	non disponible ¹⁴	non disponible ¹⁴	non disponible ¹⁴	non disponible ¹⁴
d. autres	non disponible ¹⁴	non disponible ¹⁴	non disponible ¹⁴	non disponible ¹⁴	non disponible ¹⁴
11. Nombre d'établissements privés de soins de santé à but lucratif qui fournissent des services hospitaliers assurés, par principal type de soins offerts par l'établissement : (#)					
a. établissements de chirurgie privés	non disponible ¹⁵	non disponible ¹⁵	non disponible ¹⁵	non disponible ¹⁵	non disponible ¹⁵
b. établissements d'imagerie diagnostique privés	non disponible ¹⁵	non disponible ¹⁵	non disponible ¹⁵	non disponible ¹⁵	non disponible ¹⁵
c. nombre total d'établissements privés de soins de santé à but lucratif	non disponible ¹⁵	non disponible ¹⁵	non disponible ¹⁵	non disponible ¹⁵	non disponible ¹⁵

¹⁰ Aucune donnée n'est recueillie dans la catégorie "autres".

¹³ Information préliminaire seulement.

¹⁴ On peut douter de la fiabilité des données et des résultats des calculs. Les établissements en Ontario sont plutôt hétérogènes (mélange de soins actifs et de soins de longue durée, de lits pour malades chroniques et de lits pour soins de réadaptation) et seule une minorité d'entre eux s'adonnent à un seul type d'activité. La catégorisation par type d'établissement donne des échantillons de petite taille et sous-estime de façon importante le volume de l'activité liée aux soins de longue durée et aux soins de réadaptation fournis en consultation externe. Les fusions et les regroupements survenus pendant cette période contribuent également à la variabilité des chiffres, en particulier lorsqu'on les regarde sous l'angle de l'activité principale.

¹⁵ Il n'y a pas de système unique de collecte de ces données au Ministère.

Services hospitaliers assurés rendus dans la province ou le territoire					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
12. Nombre de services hospitaliers assurés fournis par des établissements privés de soins de santé à but lucratif, par principal type de soins offerts par l'établissement : (#)					
a. établissements de chirurgie privés	non disponible ¹⁵	non disponible ¹⁵	non disponible ¹⁵	non disponible ¹⁵	non disponible ¹⁵
b. établissements d'imagerie diagnostique privés	non disponible ¹⁵	non disponible ¹⁵	non disponible ¹⁵	non disponible ¹⁵	non disponible ¹⁵
c. nombre total de services hospitaliers assurés fournis par des établissements privés de soins de santé à but lucratif	non disponible ¹⁵	non disponible ¹⁵	non disponible ¹⁵	non disponible ¹⁵	non disponible ¹⁵
13. Total des paiements aux établissements privés de soins de santé à but lucratif qui fournissent des services hospitaliers assurés, par principal type de soins offerts par l'établissement : (\$)					
a. établissements de chirurgie privés	non disponible ¹⁵	non disponible ¹⁵	non disponible ¹⁵	non disponible ¹⁵	non disponible ¹⁵
b. établissements d'imagerie diagnostique privés	non disponible ¹⁵	non disponible ¹⁵	non disponible ¹⁵	non disponible ¹⁵	non disponible ¹⁵
c. total des paiements aux établissements privés de soins de santé à but lucratif	non disponible ¹⁵	non disponible ¹⁵	non disponible ¹⁵	non disponible ¹⁵	non disponible ¹⁵

Services hospitaliers assurés rendus hors de la province ou du territoire (au Canada)					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
14. Nombre total de réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés hors province ou territoire (au Canada). (#)	8 431	9 031	9 540	8 633	9 306
15. Nombre total de réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes hors province ou territoire (au Canada). (#)	104 398	155 648	161 882	144 831	140 692
16. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés hors province ou territoire (au Canada). (\$)	32 800 000	41 300 000	39 900 000	36 800 000	48 500 000
17. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes hors province ou territoire (au Canada). (\$)	13 300 000	18 700 000	22 000 000	18 000 000	16 500 000

¹⁵ Il n'y a pas de système unique de collecte de ces données au Ministère.

Services hospitaliers assurés rendus hors de la province ou du territoire (au Canada)					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
18. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés hors province ou territoire (au Canada). (\$)	3 890,00	4 573,00	4 182,00	4 262,70	5 211,70
19. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes hors province ou territoire (au Canada). (\$)	127,00	120,00	136,00	124,30	117,30

Services hospitaliers assurés rendus à l'étranger					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
20. Nombre total de réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés à l'étranger. (#)	24 141	20 657	20 503	18 542	23 295
21. Nombre total de réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes à l'étranger. (#)	non disponible ¹⁶	non disponible ¹⁶	non disponible ¹⁶	non disponible ¹⁶	non disponible ¹⁶
22. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés à l'étranger. (\$)	21 400 000	17 000 000	18 800 000	19 300 000	27 200 000
23. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes à l'étranger. (\$)	non disponible ¹⁷	non disponible ¹⁷	non disponible ¹⁷	non disponible ¹⁷	non disponible ¹⁷
24. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés à l'étranger. (\$)	886,00	823,00	918,00	1 043,20	1 167,40
25. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes à l'étranger. (\$)	non disponible ¹⁸	non disponible ¹⁸	non disponible ¹⁸	non disponible ¹⁸	non disponible ¹⁸

¹⁶ Inclus dans #20.

¹⁷ Inclus dans #22.

¹⁸ Inclus dans #24.

Services de chirurgie dentaire assurés rendus dans la province ou le territoire					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
26. Nombre de dentistes qui participent au régime d'assurance-santé. (#)	350	350	357	327	319
27. Nombre de services de chirurgie dentaire assurés fournis par des dentistes participants. (#)	70 658	69 400	71 660	74 000	75 600
28. Total des paiements aux dentistes pour des services de chirurgie dentaire assurés. (\$)	7 900 000	8 100 000	8 200 000	8 600 000	9 300 000
29. Paiement moyen (par service) pour des services de chirurgie dentaire assurés. (\$)	111,80	116,71	115,21	116,00	123,02

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
30. Nombre de médecins qui participent au régime d'assurance-santé, par catégorie de médecins : (#)					
a. omnipraticiens	10 221	10 227	10 281	10 395	10 508
b. spécialistes	9 994	10 284	10 392	10 520	10 724
c. autres	non disponible ¹⁹	non disponible ¹⁹	non disponible ¹⁹	non disponible ¹⁹	non disponible ¹⁹
d. total	20 215	20 511	20 673	20 915	21 232
31. Nombre de médecins qui ont opté pour le retrait du régime d'assurance-santé, par catégorie de médecins : (#)					
a. omnipraticiens	26	25	25	22	17
b. spécialistes	196	188	177	165	134
c. autres	non disponible ¹⁹	non disponible ¹⁹	non disponible ¹⁹	non disponible ¹⁹	non disponible ¹⁹
d. total	222	213	202	187	151
32. Nombre de médecins qui ne participent pas au régime d'assurance-santé, par catégorie de médecins : (#)					
a. omnipraticiens	non disponible ²⁰	non disponible ²⁰	non disponible ²⁰	non disponible ²⁰	non disponible ²⁰
b. spécialistes	non disponible ²⁰	non disponible ²⁰	non disponible ²⁰	non disponible ²⁰	non disponible ²⁰
c. autres	non disponible ²⁰	non disponible ²⁰	non disponible ²⁰	non disponible ²⁰	non disponible ²⁰
d. total	non disponible ²⁰	non disponible ²⁰	non disponible ²⁰	non disponible ²⁰	non disponible ²⁰

¹⁹ Tous les médecins sont catégorisés en généralistes ou en spécialistes.

²⁰ L'Ontario ne compte aucun médecin non participant, seulement des médecins qui s'en sont retirés et qui sont inclus à la question 31.

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
33. Nombre de services médicaux assurés, par catégorie de médecins (rémunération à l'acte) : (#)					
a. omnipraticiens	80 400 000	79 600 000	79 700 000	77 800 000	76 800 000
b. spécialistes	89 900 000	91 400 000	93 600 000	99 600 000	102 300 000
c. autres	non disponible ²¹	non disponible ²¹	non disponible ²¹	non disponible ²¹	non disponible ²¹
d. total	170 300 000	171 000 000	173 300 000	177 400 000	179 100 000
34. Nombre de services médicaux assurés, par catégorie de services : (#)					
a. services médicaux	84 200 000	84 100 000	82 900 000	81 800 000	81 800 000
b. services de chirurgie	21 600 000	2 200 000	22 300 000	22 700 000	23 900 000
c. services de diagnostic	64 400 000	64 800 000	68 100 000	72 900 000	73 400 000
d. autres	non disponible ²¹	non disponible ²¹	non disponible ²¹	non disponible ²¹	non disponible ²¹
e. total	170 200 000	170 900 000	173 300 000	177 400 000	179 100 000
35. Total des paiements (rémunération à l'acte) aux médecins pour des services médicaux assurés, par catégorie de médecins : (\$)					
a. omnipraticiens	1 676 900 000	1 725 200 000	1 734 100 000	1 741 400 000	1 733 200 000
b. spécialistes	2 587 200 000	2 699 200 000	2 824 300 000	2 936 700 000	3 065 100 000
c. autres	non disponible ²¹	non disponible ²¹	non disponible ²¹	non disponible ²¹	non disponible ²¹
d. total	4 264 100 000	4 424 400 000	4 558 400 000	4 678 100 000	4 798 300 000
36. Total des paiements aux médecins pour des services médicaux assurés, par catégorie de services : (\$)					
a. services médicaux	2 605 600 000	2 678 600 000	2 699 800 000	2 731 400 000	2 742 800 000
b. services de chirurgie	608 500 000	633 800 000	670 800 000	706 800 000	735 000 000
c. services de diagnostic	1 050 100 000	1 112 000 000	1 187 800 000	1 239 800 000	1 320 500 000
d. autres	non disponible ²¹	non disponible ²¹	non disponible ²¹	non disponible ²¹	non disponible ²¹
e. total	4 264 200 000	4 424 400 000	4 558 400 000	4 678 100 000	4 798 300 000
37. Paiement moyen (par service) pour des services médicaux assurés (rémunération à l'acte), par catégorie de médecins : (\$)					
a. omnipraticiens	20,86	21,67	21,77	22,40	22,57
b. spécialistes	28,78	29,53	30,19	29,50	29,96
c. autres	non disponible ²¹	non disponible ²¹	non disponible ²¹	non disponible ²¹	non disponible ²¹
d. paiement moyen pour tous les médecins	25,05	25,87	26,32	26,40	26,79

²¹ Tous les médecins sont classés dans les catégories omnipraticiens ou spécialistes, et selon qu'il s'agit de services médicaux, chirurgicaux ou de diagnostic.

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
38. Paiement moyen (par service) pour des services médicaux assurés, par catégorie de services : (\$)					
a. services médicaux	30,94	31,84	32,59	33,40	33,53
b. services de chirurgie	28,19	28,78	30,09	31,10	30,75
c. services de diagnostic	16,30	17,15	17,45	17,00	17,99
d. autres	non disponible ²¹	non disponible ²¹	non disponible ²¹	non disponible ²¹	non disponible ²¹
e. paiement moyen pour tous les services	25,05	25,87	26,32	26,40	26,79

Services médicaux assurés rendus hors province ou territoire (au Canada)					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
39. Nombre de services médicaux assurés fournis hors province ou territoire qui ont été payés (au Canada). (#)	433 396	455 136	433 463	469 146	497 880
40. Total des paiements pour des services médicaux assurés fournis hors province ou territoire (au Canada). (\$)	13 300 000	14 000 000	14 300 000	15 500 000	17 700 000
41. Paiement moyen (par service) pour des services médicaux assurés fournis hors province ou territoire (au Canada). (\$)	31,00	31,00	33,00	33,00	35,00

Services médicaux assurés rendus à l'étranger					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
42. Nombre de services médicaux assurés fournis à l'étranger qui ont été payés. (#)	207 736	184 107	179 679	157 191	200 428
43. Total des paiements pour des services médicaux assurés fournis à l'étranger. (\$)	7 000 000	11 600 000	15 500 000	8 200 000	10 200 000
44. Paiement moyen (par service) pour des services médicaux assurés fournis à l'étranger. (\$)	34,00	63,00	86,00	51,90	51,00

²¹ Tous les médecins sont classés dans les catégories omnipraticiens ou spécialistes, et selon qu'il s'agit de services médicaux, chirurgicaux ou de diagnostic.

Manitoba

Personnes inscrites					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
1. Nombre total de personnes inscrites au régime d'assurance-santé au 31 mars. ¹ (#)	1 142 465	1 144 424	1 149 904	1 152 982	1 156 217

Services hospitaliers assurés rendus dans la province ou le territoire					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
2. Nombre d'établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés (sauf les hôpitaux psychiatriques et les maisons de repos), par type principal de soins offerts par l'établissement : (#)					
a. soins actifs	95	95	95	96	92
b. soins de longue durée	4 ²	4 ²	3 ²	3 ²	5 ²
c. soins de réadaptation	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. services diagnostiques aux malades externes	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	non disponible
e. services de chirurgie d'un jour (aux malades externes)	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	non disponible
f. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	non disponible
g. nombre total d'établissements	99	99	98	99	97
3. Nombre de lits dotés en personnel dans <u>tous</u> les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par catégorie de lits : (#)					
a. soins actifs	4 436	4 394	4 406	4 595	non disponible
b. soins de longue durée	402	402	385	385	non disponible
c. soins de réadaptation	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. services diagnostiques aux malades externes	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
e. autres	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
f. nombre total de lits dotés en personnel	4 841	4 796	4 791	4 980	5 019 ³
4. Nombre total de lits approuvés dans <u>tous</u> les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par catégorie de lits : (#)					
a. soins actifs	4 439	4 394	4 406	4 595	non disponible
b. soins de longue durée	402	402	385	385	non disponible
c. soins de réadaptation	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. services diagnostiques aux malades externes	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
e. autres	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
f. nombre total de lits approuvés	4 841	4 796	4 791	4 980	5 019 ³

¹ D'après les données de la population des résidents inscrits au régime de l'assurance maladie du Manitoba, à partir du 1er juin.

² Comprend les soins prolongés et les soins de réadaptation.

³ Le nombre comprend les lits pour les patients atteints d'une maladie mentale en milieu communautaire. On ne tient pas compte de ces lits dans les départs (mesure 5) ou la durée moyenne du séjour (mesure 6).

Services hospitaliers assurés rendus dans la province ou le territoire					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
5. Nombre de radiations dans <u>tous</u> les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type de soins : (#)					
a. soins actifs	136 499	132 650	127 903	124 917	123 662
b. soins de longue durée	1 757	1 876	1 905	1 780	1 753
c. soins de réadaptation	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. services diagnostiques aux malades externes	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
e. services de chirurgie d'un jour (aux malades externes)	111 931	115 136	116 305	92 957	93 885
f. en attente d'un autre type de soins	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
g. nouveau-nés	14 814	14 807	14 403	14 333	14 053
h. autres	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
i. nombre total de radiations	265 001	264 469	260 516	233 987	233 353
6. Durée moyenne des hospitalisations dans <u>tous</u> les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type de soins : (# de jours)					
a. soins actifs	9,49	9,72	9,91	9,10	8,90
b. soins de longue durée	74,30 ²	69,04 ²	78,40 ²	72,19 ²	64,40 ²
c. soins de réadaptation	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. nouveau-nés	3,89	3,47	3,47	3,33	3,37
e. autres	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
7. Total des paiements aux établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type principal de soins offerts par l'établissement : (\$)					
a. soins actifs	non disponible	non disponible	953 834 797	1 046 407 229	1 046 407 229
b. soins de longue durée	non disponible	non disponible	65 153 895	70 872 152	70 872 152
c. soins de réadaptation	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. services diagnostiques aux malades externes	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
e. services de chirurgie d'un jour (aux malades externes)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
f. autres	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
g. total des paiements aux établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible

² Comprend les soins prolongés et les soins de réadaptation.

Services hospitaliers assurés rendus dans la province ou le territoire					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
8. Coût quotidien moyen des soins aux malades hospitalisés offerts par <u>tous</u> les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés aux malades hospitalisés, par type de soins : (\$)					
a. soins actifs	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
b. soins de longue durée	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. soins de réadaptation	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. autres	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
9. Coût moyen par visite pour les services offerts aux malades externes par <u>tous</u> les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés aux malades externes, par type de soins : (\$)					
a. soins actifs	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
b. soins de longue durée	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. soins de réadaptation	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. services diagnostiques aux malades externes	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
e. services de chirurgie d'un jour (aux malades externes)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
f. autres	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
10. Coût moyen par visite pour les services offerts (aux malades hospitalisés et aux malades externes) par <u>tous</u> les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type de soins : (\$)					
a. soins actifs	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
b. soins de longue durée	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. soins de réadaptation	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. autres	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
11. Nombre d'établissements privés de soins de santé à but lucratif qui fournissent des services hospitaliers assurés, par principal type de soins offerts par l'établissement : (#)					
a. établissements de chirurgie privés	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	1
b. établissements d'imagerie diagnostique privés	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	0
c. nombre total d'établissements privés de soins de santé à but lucratif	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	1

Services hospitaliers assurés rendus dans la province ou le territoire					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
12. Nombre de services hospitaliers assurés fournis par des établissements privés de soins de santé à but lucratif, par principal type de soins offerts par l'établissement : (#)					
a. établissements de chirurgie privés	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	non disponible
b. établissements d'imagerie diagnostique privés	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	0
c. nombre total de services hospitaliers assurés fournis par des établissements privés de soins de santé à but lucratif	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	non disponible
13. Total des paiements aux établissements privés de soins de santé à but lucratif qui fournissent des services hospitaliers assurés, par principal type de soins offerts par l'établissement : (\$)					
a. établissements de chirurgie privés	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	non disponible
b. établissements d'imagerie diagnostique privés	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	0
c. total des paiements aux établissements privés de soins de santé à but lucratif	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	non disponible

Services hospitaliers assurés rendus hors de la province ou du territoire (au Canada)					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
14. Nombre total de réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés hors province ou territoire (au Canada). (#)	3 307	2 571	3 037	2 892	2 714
15. Nombre total de réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes hors province ou territoire (au Canada). (#)	28 007	21 570	29 217	26 479	26 059
16. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés hors province ou territoire (au Canada). (\$)	11 292 528	8 655 520	12 152 757	11 427 627	12 918 117
17. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes hors province ou territoire (au Canada). (\$)	3 451 891	2 694 973	4 089 018	3 776 489	3 783 059

Services hospitaliers assurés rendus hors de la province ou du territoire (au Canada)					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
18. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés hors province ou territoire (au Canada). (\$)	3 414,73	3 366,60	4 001,57	3 951,50	4 759,81
19. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes hors province ou territoire (au Canada). (\$)	123,25	124,94	139,87	142,60	145,17

Services hospitaliers assurés rendus à l'étranger					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
20. Nombre total de réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés à l'étranger. (#)	588	565	567	557	569
21. Nombre total de réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes à l'étranger. (#)	5 782	6 053	6 335	6 676	6 025
22. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés à l'étranger. (\$)	1 058 815	1 028 127	1 065 302	2 008 580	1 847 910
23. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes à l'étranger. (\$)	690 877	905 479	2 435 560	3 267 764	914 251
24. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés à l'étranger. (\$)	1 800,71	1 819,69	1 878,84	3 607,40	3 249,89
25. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes à l'étranger. (\$)	119,49	149,59	384,46	489,00	151,73

Services de chirurgie dentaire assurés rendus dans la province ou le territoire					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
26. Nombre de dentistes qui participent au régime d'assurance-santé. (#)	102	105	101	non disponible	116
27. Nombre de services de chirurgie dentaire assurés fournis par des dentistes participants. (#)	2 925	3 318	3 256	3 401	3 455
28. Total des paiements aux dentistes pour des services de chirurgie dentaire assurés. (\$)	589 378	590 125	660 870	677 295	714 590
29. Paiement moyen (par service) pour des services de chirurgie dentaire assurés. (\$)	201,50	177,86	202,97	199,15	206,83

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
30. Nombre de médecins qui participent au régime d'assurance-santé, par catégorie de médecins : (#)					
a. omnipraticiens	900	915	948	non disponible	954
b. spécialistes	938	939	non disponible	non disponible	1 010
c. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. total	1 838	1 854	non disponible	non disponible	1 964
31. Nombre de médecins qui ont opté pour le retrait du régime d'assurance-santé, par catégorie de médecins : (#)					
a. omnipraticiens	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
b. spécialistes	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
c. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. total	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
32. Nombre de médecins qui ne participent pas au régime d'assurance-santé, par catégorie de médecins : (#)					
a. omnipraticiens	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
b. spécialistes	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
c. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. total	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
33. Nombre de services médicaux assurés, par catégorie de médecins (rémunération à l'acte) : (#)					
a. omnipraticiens	5 859 568	5 931 022	6 211 011	6 244 197	6 161 451
b. spécialistes	7 698 155	8 147 749	8 741 628	9 198 787	9 779 269
c. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. total	13 557 723	14 078 771	14 952 639	15 442 984	15 940 720
34. Nombre de services médicaux assurés, par catégorie de services : (#)					
a. services médicaux	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
b. services de chirurgie	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. services diagnostiques	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. autres	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
e. total	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
35. Total des paiements (rémunération à l'acte) aux médecins pour des services médicaux assurés, par catégorie de médecins : (\$)					
a. omnipraticiens	103 068 422	114 868 502	132 200 004	140 703 474	143 846 209
b. spécialistes	165 946 999	178 359 474	199 231 274	214 392 377	221 948 290
c. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. total	269 015 421	293 227 976	331 431 278	355 095 851	365 794 499
36. Total des paiements aux médecins pour des services médicaux assurés, par catégorie de services : (\$)					
a. services médicaux	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
b. services de chirurgie	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. services diagnostiques	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. autres	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
e. total	376 500 221	416 902 176	467 886 678	496 268 700	521 611 200
37. Paiement moyen (par service) pour des services médicaux assurés (rémunération à l'acte), par catégorie de médecins : (\$)					
a. omnipraticiens	17,59	19,37	21,28	22,53	23,35
b. spécialistes	21,56	21,89	22,79	23,31	22,70
c. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. paiement moyen pour tous les médecins	19,84	20,83	22,17	22,99	22,95

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
38. Paiement moyen (par service) pour des services médicaux assurés, par catégorie de services : (\$)					
a. services médicaux	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
b. services de chirurgie	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. services diagnostiques	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. autres	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
e. paiement moyen pour tous les services	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible

Services médicaux assurés rendus hors province ou territoire (au Canada)					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
39. Nombre de services médicaux assurés fournis hors province ou territoire qui ont été payés (au Canada). (#)	206 521	183 497	192 272	211 464	212 795
40. Total des paiements pour des services médicaux assurés fournis hors province ou territoire (au Canada). (\$)	6 121 559	5 568 205	6 148 444	7 381 785	7 691 159
41. Paiement moyen (par service) pour des services médicaux assurés fournis hors province ou territoire (au Canada). (\$)	29,64	30,34	31,98	34,90	36,14

Services médicaux assurés rendus à l'étranger					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
42. Nombre de services médicaux assurés fournis à l'étranger qui ont été payés. (#)	6 587	7 116	6 763	6 345	5 826
43. Total des paiements pour des services médicaux assurés fournis à l'étranger. (\$)	519 928	520 712	500 757	529 029	607 066
44. Paiement moyen (par service) pour des services médicaux assurés fournis à l'étranger. (\$)	78,93	73,17	74,04	83,40	104,20

Saskatchewan

Personnes inscrites					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
1. Nombre total de personnes inscrites au régime d'assurance-santé au 31 mars. (#)	1 031 933	1 041 256	1 021 762	1 024 788	1 024 827

Services hospitaliers assurés rendus dans la province ou le territoire					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
2. Nombre d'établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés (sauf les hôpitaux psychiatriques et les maisons de repos), par type principal de soins offerts par l'établissement : (#)					
a. soins actifs	71	71	68	66	65
b. soins de longue durée	0	0	0	0	0
c. soins de réadaptation	1	1	1	1	1
d. services diagnostiques aux malades externes	0	0	0	0	0
e. services de chirurgie d'un jour (aux malades externes)	0	0	0	0	0
f. autres	0	0	0	0	0
g. nombre total d'établissements	72	72	69	67	66
3. Nombre de lits dotés en personnel dans <u>tous</u> les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par catégorie de lits : (#)					
a. soins actifs	3 078	2 944	2 802	2 544	2 544
b. soins de longue durée	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
c. soins de réadaptation	142	142	142	142	67
d. services diagnostiques aux malades externes ¹	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
e. autres	735	718	670	714	876
f. nombre total de lits dotés en personnel	3 955	3 804	3 614	3 400	3 487
4. Nombre total de lits approuvés dans <u>tous</u> les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par catégorie de lits : (#)					
a. soins actifs	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
b. soins de longue durée	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
c. soins de réadaptation	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. services diagnostiques aux malades externes	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
e. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
f. nombre total de lits approuvés	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet

¹ Les autres lits dotés en personnel comprennent des lits utilisés à diverses fins autres que des traitements actifs, par exemple observation, soins de relève, soins palliatifs, services de convalescence et soins de longue durée. Ce compte englobe 66 lits du ministère des Anciens combattants situés dans le Wascana Rehabilitation Centre.

Services hospitaliers assurés rendus dans la province ou le territoire					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
5. Nombre de radiations dans <u>tous</u> les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type de soins : (#)					
a. soins actifs	143 604	133 768	131 063	124 481	non disponible
b. soins de longue durée	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
c. soins de réadaptation	1 058	927	984	842	non disponible
d. services diagnostiques aux malades externes	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
e. services de chirurgie d'un jour (aux malades externes)	53 890	55 426	55 526	55 269 ²	non disponible
f. en attente d'un autre type de soins	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
g. nouveau-nés	12 819	12 597	11 992	12 248	non disponible
h. autres	3 309	4 065	4 646	4 374 ³	non disponible
i. nombre total de radiations	214 680	206 783	204 211	197 214 ⁴	non disponible
6. Durée moyenne des hospitalisations dans <u>tous</u> les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type de soins : (# de jours)					
a. soins actifs	5,80	5,60	5,70	5,70	non disponible
b. soins de longue durée	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
c. soins de réadaptation	30,50	34,70	31,90	35,00	non disponible
d. nouveau-nés	3,51	3,72	3,60	3,40	non disponible
e. autres	15,40	15,80	15,40	15,50 ³	non disponible
7. Total des paiements aux établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type principal de soins offerts par l'établissement : (\$)					
a. soins actifs	565 682 800	619 538 151	680 326 248	720 174 393 ⁵	non disponible
b. soins de longue durée	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
c. soins de réadaptation	35 437 299	36 824 546	38 249 010	39 656 384	non disponible
d. services diagnostiques aux malades externes	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
e. services de chirurgie d'un jour (aux malades externes)	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
f. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
g. total des paiements aux établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés	601 120 099	656 362 697	718 575 258	759 830 777	non disponible

² Les cas de soins reliés à des chirurgies de jour (patients non hospitalisés) sont définis comme nécessitant des interventions d'un jour comprises dans la liste de soins courants établie en 1991 par l'Institut canadien d'information sur la santé. Le compte de ces cas fourni pour 2001-2002 est une estimation parce que deux modifications apportées aux déclarations en 2001-2002 rendaient impossible d'obtenir des comptes entièrement comparables à ceux des années antérieures :

a) Le codage de la CIM-10/CCIS (Classification canadienne des interventions en matière de santé) a été mis en oeuvre dans certains hôpitaux de la Saskatchewan. Certaines procédures auparavant déclarées sous des codes de soins courants ont été déclarées sous des codes de la CCIS qui correspondent à des codes du CCA autres que pour des soins courants.

b) Il y a eu certaines modifications (réductions) de la déclaration des soins qui sont passés des salles d'opération aux salles de soins ambulatoires. Lorsque les données du CCA seront disponibles pour tous les établissements, le ministère doit réexaminer la méthode utilisée pour le compte et le calcul des chirurgiens d'un jour après 2002-2003.

³ Les autres départs et la durée des séjours s'appliquent aux patients traités dans des unités psychiatriques situées dans des hôpitaux de soins actifs.

⁴ "Autre" Les radiations sont des radiations des hôpitaux psychiatriques des unités de soins actifs.

⁵ Comprend tous les soins actifs de base en financement et paiements spéciaux, y compris la rémunération médicale, les services spécialisés, les services tertiaires, capital (2 M \$), mais ne comprend pas le financement aux services hospitaliers des soins de santé mentale ou les paiements pour les services de soins d'abus de stupéfiants.

Services hospitaliers assurés rendus dans la province ou le territoire					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
8. Coût quotidien moyen des soins aux malades hospitalisés offerts par <u>tous</u> les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés aux malades hospitalisés, par type de soins : (\$)					
a. soins actifs	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
b. soins de longue durée	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. soins de réadaptation	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. autres	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
9. Coût moyen par visite pour les services offerts aux malades externes par <u>tous</u> les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés aux malades externes, par type de soins : (\$)					
a. soins actifs	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
b. soins de longue durée	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. soins de réadaptation	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. services diagnostiques aux malades externes	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
e. services de chirurgie d'un jour (aux malades externes)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
f. autres	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
10. Coût moyen par visite pour les services offerts (aux malades hospitalisés et aux malades externes) par <u>tous</u> les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type de soins : (\$)					
a. soins actifs	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
b. soins de longue durée	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. soins de réadaptation	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. autres	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
11. Nombre d'établissements privés de soins de santé à but lucratif qui fournissent des services hospitaliers assurés, par principal type de soins offerts par l'établissement : (#)					
a. établissements de chirurgie privés	0	0	0	0	0
b. établissements d'imagerie diagnostique privés	0	0	0	0	0
c. nombre total d'établissements privés de soins de santé à but lucratif	0	0	0	0	0

Services hospitaliers assurés rendus dans la province ou le territoire					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
12. Nombre de services hospitaliers assurés fournis par des établissements privés de soins de santé à but lucratif, par principal type de soins offerts par l'établissement : (#)					
a. établissements de chirurgie privés	0	0	0	0	0
b. établissements d'imagerie diagnostique privés	0	0	0	0	0
c. nombre total de services hospitaliers assurés fournis par des établissements privés de soins de santé à but lucratif	0	0	0	0	0
13. Total des paiements aux établissements privés de soins de santé à but lucratif qui fournissent des services hospitaliers assurés, par principal type de soins offerts par l'établissement : (\$)					
a. établissements de chirurgie privés	0	0	0	0	0
b. établissements d'imagerie diagnostique privés	0	0	0	0	0
c. total des paiements aux établissements privés de soins de santé à but lucratif	0	0	0	0	0

Services hospitaliers assurés rendus hors de la province ou du territoire (au Canada)					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
14. Nombre total de réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés hors province ou territoire (au Canada). (#)	4 275	4 917	4 527	4 692	4 422
15. Nombre total de réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes hors province ou territoire (au Canada). (#)	40 328	43 296	46 199	45 320	50 401
16. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés hors province ou territoire (au Canada). (\$)	18 311 400	21 235 200	20 208 100	22 037 200	23 447 100
17. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes hors province ou territoire (au Canada). (\$)	5 180 800	5 622 500	6 046 600	5 836 500	7 144 800

Services hospitaliers assurés rendus hors de la province ou du territoire (au Canada)					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
18. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés hors province ou territoire (au Canada). (\$)	4 283,37	4 318,73	4 463,91	4 696,76	5 302,37
19. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes hors province ou territoire (au Canada). (\$)	128,47	129,86	130,88	128,78	141,76

Services hospitaliers assurés rendus à l'étranger					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
20. Nombre total de réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés à l'étranger. (#)	244	380	272	252	287
21. Nombre total de réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes à l'étranger. (#)	1 576	1 553	1 369	1 172	1 049
22. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés à l'étranger. (\$)	1 907 500	1 891 000	1 039 500	1 009 400	1 891 800
23. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes à l'étranger. (\$)	400 200	481 600	377 600	375 900	359 400
24. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés à l'étranger. (\$)	7 817,62	4 976,32	3 821,69	4 005,56	6 591,64
25. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes à l'étranger. (\$)	253,93	310,11	275,82	320,73	342,61

Services de chirurgie dentaire assurés rendus dans la province ou le territoire					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
26. Nombre de dentistes qui participent au régime d'assurance-santé. (#)	113	97	92	94	94
27. Nombre de services de chirurgie dentaire assurés fournis par des dentistes participants. (#)	18 500	18 100	19 900	18 900	18 500
28. Total des paiements aux dentistes pour des services de chirurgie dentaire assurés. (\$)	1 272 000	1 309 000	1 404 700	1 275 400	1 264 200
29. Paiement moyen (par service) pour des services de chirurgie dentaire assurés. (\$)	68,76	72,32	70,59	67,48	68,34

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
30. Nombre de médecins qui participent au régime d'assurance-santé, par catégorie de médecins : (#)					
a. omnipraticiens	907	940	1 016	937	936
b. spécialistes	595	610	593	696	700
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	1 502	1 550	1 609	1 633	1 636
31. Nombre de médecins qui ont opté pour le retrait du régime d'assurance-santé, par catégorie de médecins : (#)					
a. omnipraticiens	0	0	0	0	0
b. spécialistes	0	0	0	0	0
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	0	0	0	0	0
32. Nombre de médecins qui ne participent pas au régime d'assurance-santé, par catégorie de médecins : (#)					
a. omnipraticiens	0	0	0	0	0
b. spécialistes	0	0	0	0	0
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	0	0	0	0	0

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
33. Nombre de services médicaux assurés, par catégorie de médecins (rémunération à l'acte) : (#)					
a. omnipraticiens	6 742 712	6 785 673	6 873 539	6 760 156	6 631 582
b. spécialistes	3 127 345	3 163 046	3 250 953	3 700 801	3 637 879
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	9 870 057	9 948 719	10 124 492	10 460 957	10 269 461
34. Nombre de services médicaux assurés, par catégorie de services : ⁶ (#)					
a. services médicaux	6 048 849 ⁷	6 028 070 ⁷	6 071 567 ⁷	6 017 477 ⁷	5 788 055 ⁷
b. services de chirurgie	735 770 ⁸	723 626 ⁸	787 655 ⁸	994 321 ⁸	984 405 ⁸
c. services diagnostiques	2 345 180 ⁹	2 312 606 ⁹	2 288 038 ⁹	2 262 256 ⁹	2 179 286 ⁹
d. autres	740 258 ¹⁰	884 417 ¹⁰	977 232 ¹⁰	1 186 903 ¹⁰	1 317 715 ¹⁰
e. total	9 870 057	9 948 719	10 124 492	10 460 957	10 269 461
35. Total des paiements (rémunération à l'acte) aux médecins pour des services médicaux assurés, par catégorie de médecins : (\$)					
a. omnipraticiens	128 784 792	133 042 948	134 989 267	137 541 402	139 410 263
b. spécialistes	122 465 930	125 735 201	129 470 569	144 566 069	151 061 558
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	251 250 722	258 778 149	264 459 836	282 107 471	290 471 821
36. Total des paiements aux médecins pour des services médicaux assurés, par catégorie de services : ⁶ (\$)					
a. services médicaux	143 548 623 ⁷	148 848 496 ⁷	151 152 270 ⁷	160 742 594 ⁷	162 032 557 ⁷
b. services de chirurgie	51 255 592 ⁸	50 843 890 ⁸	51 681 286 ⁸	56 027 014 ⁸	58 596 690 ⁸
c. services diagnostiques	40 473 208 ⁹	41 503 336 ⁹	43 216 810 ⁹	44 488 404 ⁹	48 355 683 ⁹
d. autres	15 973 299 ¹⁰	17 582 427 ¹⁰	18 409 471 ¹⁰	20 849 458 ¹⁰	21 486 890 ¹⁰
e. total	251 250 722	258 778 149	264 459 837	282 107 470	290 471 821
37. Paiement moyen (par service) pour des services médicaux assurés (rémunération à l'acte), par catégorie de médecins : (\$)					
a. omnipraticiens	19,10	19,61	19,64	20,35	21,02
b. spécialistes	39,16	39,75	39,83	39,06	41,52
c. autres	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
d. paiement moyen pour tous les médecins	25,46	26,01	26,12	26,97	28,29

⁶ Rémunération à l'acte.

⁷ Comprend les visites, les soins dans les hôpitaux et la psychothérapie.

⁸ Comprend les chirurgies, l'assistance chirurgicale, l'obstétrique, l'anesthésie.

⁹ Comprend les rayons X, les services de laboratoire, les diagnostiques.

¹⁰ Comprend les suppléments, les primes, et les services surappel.

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
38. Paiement moyen (par service) pour des services médicaux assurés, par catégorie de services : ⁶					
a. services médicaux	23,73 ⁷	24,69 ⁷	24,90 ⁷	26,71 ⁷	27,99 ⁷
b. services de chirurgie	69,66 ⁸	70,26 ⁸	65,61 ⁸	56,35 ⁸	59,52 ⁸
c. services diagnostiques	17,26 ⁹	17,95 ⁹	18,89 ⁹	19,67 ⁹	22,19 ⁹
d. autres	21,58 ¹⁰	19,88 ¹⁰	18,84 ¹⁰	17,57 ¹⁰	16,31 ¹⁰
e. paiement moyen pour tous les services	25,46	26,01	26,12	26,97	28,29

Services médicaux assurés rendus hors province ou territoire (au Canada)					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
39. Nombre de services médicaux assurés fournis hors province ou territoire qui ont été payés (au Canada).	374 900	392 400	425 800	444 430	458 100
40. Total des paiements pour des services médicaux assurés fournis hors province ou territoire (au Canada).	10 897 500	12 237 200	13 767 600	15 520 000	16 948 900
41. Paiement moyen (par service) pour des services médicaux assurés fournis hors province ou territoire (au Canada).	29,07	31,19	32,33	34,92	37,00

Services médicaux assurés rendus à l'étranger					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
42. Nombre de services médicaux assurés fournis à l'étranger qui ont été payés.	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
43. Total des paiements pour des services médicaux assurés fournis à l'étranger.	658 400	1 186 900	722 400	588 100	1 129 300
44. Paiement moyen (par service) pour des services médicaux assurés fournis à l'étranger.	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible

⁶ Rémunération à l'acte.

⁷ Comprend les visites, les soins dans les hôpitaux et la psychothérapie.

⁸ Comprend les chirurgies, l'assistance chirurgicale, l'obstétrique, l'anesthésie.

⁹ Comprend les rayons X, les services de laboratoire, les diagnostiques.

¹⁰ Comprend les suppléments, les primes, et les services surappel.

Personnes inscrites					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003 ¹
1. Nombre total de personnes inscrites au régime d'assurance-santé au 31 mars. (#)	2 912 925	2 957 045	3 007 582	3 072 384	3 124 487

Services hospitaliers assurés rendus dans la province ou le territoire					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003 ¹
2. Nombre d'établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés (sauf les hôpitaux psychiatriques et les maisons de repos), par type principal de soins offerts par l'établissement : (#)					
a. soins actifs	102	102	102	103	100
b. soins de longue durée	104	104	105	106	110
c. soins de réadaptation	1	1	1	1	1
d. services diagnostiques aux malades externes	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	non reçues
e. services de chirurgie d'un jour (aux malades externes)	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	non reçues
f. autres	0	3	3	3	3
g. nombre total d'établissements	207	210	211	213	214
3. Nombre de lits dotés en personnel dans <u>tous</u> les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par catégorie de lits : (#)					
a. soins actifs	6 404	6 275	6 365	6 533	non reçues
b. soins de longue durée	6 179	6 179	6 430	6 701	non reçues
c. soins de réadaptation	240	240	240	240	non reçues
d. services diagnostiques aux malades externes	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	non reçues
e. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	non reçues
f. nombre total de lits dotés en personnel	12 823	12 694	13 035	13 474	non reçues
4. Nombre total de lits approuvés dans <u>tous</u> les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par catégorie de lits : (#)					
a. soins actifs	9 788	9 788	9 788	sans objet	non reçues
b. soins de longue durée	6 114	6 114	6 164	sans objet	non reçues
c. soins de réadaptation	240	240	240	sans objet	non reçues
d. services diagnostiques aux malades externes	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	non reçues
e. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	non reçues
f. nombre total de lits approuvés	16 142	16 142	16 192	sans objet	non reçues

¹ Ces chiffres sont préliminaires jusqu'à la parution du Alberta Health Care Insurance Plan Statistical Supplement, 2002-2003 du Ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta.

Services hospitaliers assurés rendus dans la province ou le territoire					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
5. Nombre de radiations dans <u>tous</u> les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type de soins : (#)					
a. soins actifs	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non reçues
b. soins de longue durée	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non reçues
c. soins de réadaptation	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non reçues
d. services diagnostiques aux malades externes	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non reçues
e. services de chirurgie d'un jour (aux malades externes)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non reçues
f. en attente d'un autre type de soins	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non reçues
g. nouveau-nés	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non reçues
h. autres	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non reçues
i. nombre total de radiations	346 092	346 316	343 099	non disponible	non reçues
6. Durée moyenne des hospitalisations dans <u>tous</u> les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type de soins : (# de jours)					
a. soins actifs	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non reçues
b. soins de longue durée	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non reçues
c. soins de réadaptation	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non reçues
d. nouveau-nés	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non reçues
e. autres	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non reçues
7. Total des paiements aux établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type principal de soins offerts par l'établissement : (\$)					
a. soins actifs	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	non reçues
b. soins de longue durée	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	non reçues
c. soins de réadaptation	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	non reçues
d. services diagnostiques aux malades externes	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	non reçues
e. services de chirurgie d'un jour (aux malades externes)	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	non reçues
f. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	non reçues
g. total des paiements aux établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	non reçues

Services hospitaliers assurés rendus dans la province ou le territoire					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
8. Coût quotidien moyen des soins aux malades hospitalisés offerts par <u>tous</u> les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés aux malades hospitalisés, par type de soins : (\$)					
a. soins actifs	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	non reçues
b. soins de longue durée	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	non reçues
c. soins de réadaptation	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	non reçues
d. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	non reçues
9. Coût moyen par visite pour les services offerts aux malades externes par <u>tous</u> les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés aux malades externes, par type de soins : (\$)					
a. soins actifs	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	non reçues
b. soins de longue durée	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	non reçues
c. soins de réadaptation	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	non reçues
d. services diagnostiques aux malades externes	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	non reçues
e. services de chirurgie d'un jour (aux malades externes)	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	non reçues
f. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	non reçues
10. Coût moyen par visite pour les services offerts (aux malades hospitalisés et aux malades externes) par <u>tous</u> les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type de soins : (\$)					
a. soins actifs	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	non reçues
b. soins de longue durée	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	non reçues
c. soins de réadaptation	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	non reçues
d. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	non reçues
11. Nombre d'établissements privés de soins de santé à but lucratif qui fournissent des services hospitaliers assurés, par principal type de soins offerts par l'établissement : (#)					
a. établissements de chirurgie privés	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non reçues
b. établissements d'imagerie diagnostique privés	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non reçues
c. nombre total d'établissements privés de soins de santé à but lucratif	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non reçues

Services hospitaliers assurés rendus dans la province ou le territoire					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003 ¹
12. Nombre de services hospitaliers assurés fournis par des établissements privés de soins de santé à but lucratif, par principal type de soins offerts par l'établissement : (#)					
a. établissements de chirurgie privés	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non reçues
b. établissements d'imagerie diagnostique privés	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non reçues
c. nombre total de services hospitaliers assurés fournis par des établissements privés de soins de santé à but lucratif	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non reçues
13. Total des paiements aux établissements privés de soins de santé à but lucratif qui fournissent des services hospitaliers assurés, par principal type de soins offerts par l'établissement : (\$)					
a. établissements de chirurgie privés	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non reçues
b. établissements d'imagerie diagnostique privés	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non reçues
c. total des paiements aux établissements privés de soins de santé à but lucratif	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non reçues

Services hospitaliers assurés rendus hors de la province ou du territoire (au Canada)					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003 ¹
14. Nombre total de réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés hors province ou territoire (au Canada). (#)	4 714	4 820	4 656	4 205	72 250 ²
15. Nombre total de réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes hors province ou territoire (au Canada). (#)	57 574	59 443	56 408	61 230	non reçues
16. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés hors province ou territoire (au Canada). (\$)	13 269 781	13 632 730	14 699 049	12 328 205	23 707 079 ²
17. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes hors province ou territoire (au Canada). (\$)	6 706 065	6 920 702	5 287 271	7 115 105	non reçues

¹ Ces chiffres sont préliminaires jusqu'à la parution du Alberta Health Care Insurance Plan Statistical Supplement, 2002-2003 du Ministère de la Santé et du Bien-être de l'Alberta.

² Comprend les services hospitaliers et les services de consultation externe.

Services hospitaliers assurés rendus hors de la province ou du territoire (au Canada)					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003 ¹
18. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés hors province ou territoire (au Canada). (\$)	2 814,97	2 828,37	3 157,01	2 931,80	non reçues
19. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes hors province ou territoire (au Canada). (\$)	116,48	116,43	93,73	116,20	non reçues

Services hospitaliers assurés rendus à l'étranger					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003 ¹
20. Nombre total de réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés à l'étranger. (#)	4 005	5 215	4 151	4 457	7 437 ²
21. Nombre total de réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes à l'étranger. (#)	3 777	5 097	3 945	3 942	non reçues
22. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés à l'étranger. (\$)	356 747	483 648	374 005	416 635	546 853 ²
23. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes à l'étranger. (\$)	275 687	364 087	298 725	309 119	non reçues
24. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés à l'étranger. (\$)	89,08	92,74	90,10	93,48	non reçues
25. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes à l'étranger. (\$)	72,99	71,43	75,72	78,42	non reçues

¹ Ces chiffres sont préliminaires jusqu'à la parution du Alberta Health Care Insurance Plan Statistical Supplement, 2002-2003 du Ministère de la Santé et du Bien-être de l'Alberta.

² Comprend les services hospitaliers et les services de consultation externe.

Services de chirurgie dentaire assurés rendus dans la province ou le territoire					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003 ¹
26. Nombre de dentistes qui participent au régime d'assurance-santé. (#)	232	250	232	250	234
27. Nombre de services de chirurgie dentaire assurés fournis par des dentistes participants. (#)	11 920	14 292	14 708	14 585	non reçues
28. Total des paiements aux dentistes pour des services de chirurgie dentaire assurés. (\$)	1 853 322	2 092 003	2 116 386	2 167 898	2 394 458
29. Paiement moyen (par service) pour des services de chirurgie dentaire assurés. (\$)	155,48	146,38	143,89	148,64	non reçues

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003 ¹
30. Nombre de médecins qui participent au régime d'assurance-santé, par catégorie de médecins : (#)					
a. omnipraticiens	2 464	2 545	2 659	2 746	2 841
b. spécialistes	1 978	2 096	2 197	2 333	2 365
c. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	non reçues
d. total	4 442	4 641	4 856	5 079	5 206
31. Nombre de médecins qui ont opté pour le retrait du régime d'assurance-santé, par catégorie de médecins : (#)					
a. omnipraticiens	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	0
b. spécialistes	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	0
c. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	0
d. total	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	0
32. Nombre de médecins qui ne participent pas au régime d'assurance-santé, par catégorie de médecins : (#)					
a. omnipraticiens	0	0	0	0	non reçues
b. spécialistes	0	0	1	0	non reçues
c. autres	0	0	0	0	non reçues
d. total	0	0	1	0	non reçues

¹ Ces chiffres sont préliminaires jusqu'à la parution du Alberta Health Care Insurance Plan Statistical Supplement, 2002-2003 du Ministère de la Santé et du Bien-être de l'Alberta.

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003 ¹
33. Nombre de services médicaux assurés, par catégorie de médecins (rémunération à l'acte) : (#)					
a. omnipraticiens	15 543 092	15 914 666	16 132 591	16 132 591	non reçues
b. spécialistes	10 798 883	11 319 078	11 710 080	11 710 080	non reçues
c. autres	0	0	0	0	non reçues
d. total	26 341 975	27 233 744	27 842 671	27 842 671	non reçues
34. Nombre de services médicaux assurés, par catégorie de services : (#)					
a. services médicaux	19 119 550	19 829 029	20 328 498	20 647 611	non reçues
b. services de chirurgie	1 211 712	1 238 043	1 316 312	1 396 422	non reçues
c. services diagnostiques	5 036 153	5 274 903	5 588 934	5 798 638	non reçues
d. autres	0	0	0	0	non reçues
e. total	25 367 415	26 341 975	27 233 744	27 842 671	non reçues
35. Total des paiements (rémunération à l'acte) aux médecins pour des services médicaux assurés, par catégorie de médecins : (\$)					
a. omnipraticiens	383 842 634	410 502 506	430 681 658	474 076 958	non reçues
b. spécialistes	464 270 463	493 040 446	528 392 197	587 092 735	non reçues
c. autres	0	0	0	0	non reçues
d. total	848 113 097	903 542 952	959 073 855	1 061 169 693	1 225 626 637
36. Total des paiements aux médecins pour des services médicaux assurés, par catégorie de services : (\$)					
a. services médicaux	549 507 274	586 587 852	618 596 110	684 971 654	non reçues
b. services de chirurgie	133 916 239	140 067 988	150 223 933	164 427 152	non reçues
c. services diagnostiques	164 689 584	176 887 112	190 253 812	211 770 887	non reçues
d. autres	0	0	0	0	non reçues
e. total	848 113 097	903 542 952	959 073 855	1 061 169 693	non reçues
37. Paiement moyen (par service) pour des services médicaux assurés (rémunération à l'acte), par catégorie de médecins : (\$)					
a. omnipraticiens	24,70	25,79	26,70	29,39	non reçues
b. spécialistes	42,99	43,56	45,12	50,14	non reçues
c. autres	0,00	0,00	0,00	0,00	non reçues
d. paiement moyen pour tous les médecins	32,20	33,18	34,45	38,11	non reçues

¹ Ces chiffres sont préliminaires jusqu'à la parution du Alberta Health Care Insurance Plan Statistical Supplement, 2002-2003 du Ministère de la Santé et du Bien-être de l'Alberta.

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
38. Paiement moyen (par service) pour des services médicaux assurés, par catégorie de services : (\$)					
a. services médicaux	28,74	29,58	30,43	33,17	non reçues
b. services de chirurgie	110,52	113,14	114,12	117,75	non reçues
c. services diagnostiques	32,70	33,53	34,04	36,52	non reçues
d. autres	0,00	0,00	0,00	0,00	non reçues
e. paiement moyen pour tous les services	33,43	34,30	35,22	38,11	non reçues

Services médicaux assurés rendus hors province ou territoire (au Canada)					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003 ¹
39. Nombre de services médicaux assurés fournis hors province ou territoire qui ont été payés (au Canada). (#)	359 653	380 635	418 587	493 798	559 503
40. Total des paiements pour des services médicaux assurés fournis hors province ou territoire (au Canada). (\$)	9 983 110	11 397 620	12 436 188	11 998 825	13 880 981
41. Paiement moyen (par service) pour des services médicaux assurés fournis hors province ou territoire (au Canada). (\$)	27,76	29,94	29,71	24,30	24,81

Services médicaux assurés rendus à l'étranger					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003 ¹
42. Nombre de services médicaux assurés fournis à l'étranger qui ont été payés. (#)	25 192	21 989	20 891	22 928	21 289
43. Total des paiements pour des services médicaux assurés fournis à l'étranger. (\$)	862 852	871 292	907 010	1 043 997	976 232
44. Paiement moyen (par service) pour des services médicaux assurés fournis à l'étranger. (\$)	34,25	39,62	43,42	45,53	45,86

¹ Ces chiffres sont préliminaires jusqu'à la parution du Alberta Health Care Insurance Plan Statistical Supplement, 2002-2003 du Ministère de la Santé et du Bien-être de l'Alberta.

Colombie-Britannique

Personnes inscrites					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
1. Nombre total de personnes inscrites au régime d'assurance-santé au 31 mars. (#)	3 924 490	3 943 991	4 022 789	4, 076,892	4 106 488

Services hospitaliers assurés rendus dans la province ou le territoire					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
2. Nombre d'établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés (sauf les hôpitaux psychiatriques et les maisons de repos), par type principal de soins offerts par l'établissement : (#)					
a. soins actifs	94	94	94	94	92
b. soins de longue durée	17	17	18	18	18
c. soins de réadaptation	3	3	3	3	3
d. services diagnostiques aux malades externes	25	25	25	25	25
e. services de chirurgie d'un jour (aux malades externes)	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
f. autres	0	0	0	0	0
g. nombre total d'établissements	139	139	140	140	138
3. Nombre de lits dotés en personnel dans <u>tous</u> les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par catégorie de lits : ¹ (#)					
a. soins actifs	7 352	7 688	7 646	7 321	7 093
b. soins de longue durée ²	7 364	7 247	7 261	7 830	7 421
c. soins de réadaptation	160	156	162	163	150
d. services diagnostiques aux malades externes	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
e. autres	362	sans objet	sans objet	sans objet	non disponible
f. nombre total de lits dotés en personnel	15 238	15 091	15 069	15 314	14 664
4. Nombre total de lits approuvés dans <u>tous</u> les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par catégorie de lits : (#)					
a. soins actifs	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
b. soins de longue durée	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
c. soins de réadaptation	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. services diagnostiques aux malades externes	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
e. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
f. nombre total de lits approuvés	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet

Pour les points 1 à 10 : Toutes les données sont provisoires pour 2002-2003. Les données ont été redressées pour tous les exercices afin qu'on puisse voir les changements dans les sources de données. Les données historiques et les données courantes peuvent différer d'un rapport à l'autre en raison de changements dans les sources de données, les définitions et les méthodes d'une année à l'autre.

¹ Ni le nombre de lits approuvés ni le nombre de lits dotés en personnel ne sont disponibles pour 2002-2003. Les données fournies correspondent au nombre moyen de lits occupés, calculé d'après le nombre total de jours de soins divisé par 365,25 jours, arrondi au nombre entier le plus proche.

Les données de tous les exercices ont été redressées pour tenir compte des nouvelles méthodes.

Veillez noter que les cas de chirurgie d'un jour ne comptent pas pour un jour; ils sont donc exclus du calcul des nombres de lits.

Nouveau-nés, mortinaissances et non résidents sont inclus. Les soins fournis hors province aux résidents de la C.-B. sont exclus.

Services hospitaliers assurés rendus dans la province ou le territoire					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
5. Nombre de radiations dans <u>tous</u> les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type de soins : ^{3,4,5,8} (#)					
a. soins actifs	392 319	391 817	378 822	353 117	340 635
b. soins de longue durée	4 608	4 884	4 700	4 890	4 955
c. soins de réadaptation	1 256	1 261	1 421	1 495	1 408
d. services diagnostiques aux malades externes	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
e. services de chirurgie d'un jour (aux malades externes)	258 648	284 895	289 900	293 346	302 370
f. en attente d'un autre type de	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
g. nouveau-nés	42 169	41 698	40 204	39 669	39 696
h. autres	2 287	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
i. nombre total de radiations	701 287	724 555	715 047	692 517	689 064
6. Durée moyenne des hospitalisations dans <u>tous</u> les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type de soins : ^{6,7,8,9} (# de jours)					
a. soins actifs	6,60	6,90	7,10	7,20	7,30
b. soins de longue durée	604,00	598,00	586,00	618,00	633,60
c. soins de réadaptation	46,47	45,00	41,50	39,76	38,90
d. nouveau-nés	2,75	2,70	3,00	3,02	3,00
e. autres	57,70	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet

Pour les points 1 à 10 : Toutes les données sont provisoires pour 2002-2003. Les données ont été redressées pour tous les exercices afin qu'on puisse voir les changements dans les sources de données. Les données historiques et les données courantes peuvent différer d'un rapport à l'autre en raison de changements dans les sources de données, les définitions et les méthodes d'une année à l'autre.

- 2 Pour tous les exercices, le nombre de lits pour les établissements de soins chroniques est calculé comme étant la somme du total des jours de soins fournis dans chaque établissement pendant l'exercice, divisée par 365 jours. On suppose un taux d'occupation de 100 %. Voir la définition des établissements à la note 4.
- 3 Pour les points 5a et 5c à 5i, nouveau-nés et mortinaissances sont inclus, tout comme les non-résidents. Les soins hors province fournis aux résidents de la C.-B. sont exclus.
- 4 Les données relatives au point 5b étaient précédemment déclarées par le truchement de la Base de données sur les congés des patients (BDGP), pratique qui a été abandonnée en 2001-2002. Les données de tous les exercices ont été redressées à partir du dépôt de données sur les soins continus pour les établissements de soins de longue durée, données qui étaient auparavant signalées par le truchement de la BDGP. La définition de « radiation » est la même que celle utilisée pour les soins actifs.
- 5 Pour 1998-1999, point 5h, les cas signalés par les unités de planification des sorties étaient classés sous « autres ». Ils ont été inclus dans les autres niveaux de soins pour 1999-2000 et les exercices suivants. Les cas des autres niveaux de soins sont déjà comptabilisés dans les radiations des soins actifs, partie 5a, pour tous les exercices.
- 6 Au point 6, pour toutes les catégories, les cas sont attribués à un exercice déterminé en fonction de la date de radiation. En conséquence, les calculs de la durée moyenne de séjour peuvent comprendre des jours de l'exercice antérieur.
- 7 Pour le point 6a, le calcul de la durée moyenne du séjour pour des soins actifs est fondé sur le nombre total de jours dans l'établissement, y compris pour d'autres niveaux de soins, pour tous les exercices. Pour 1998-1999 seulement, les cas signalés par les unités de planification des sorties sont indiqués séparément à 6e (« autres »). Il en résulte une durée moyenne de séjour légèrement plus courte pour cet exercice là. (Voir la note 5.) Si l'on inclut les cas signalés par les unités de planification des sorties dans le calcul de la durée moyenne de séjour aux soins actifs, on obtient 6,9 pour 1998-1999.
- 8 Les données des points 5c et 6c ont été redressées pour tous les exercices. Les changements en regard des rapports antérieurs reflètent les mises à jour, les modifications de définitions et les redressements fournis par l'ICIS.
- 9 Pour 1998-1999, point 6e, la valeur indiquée concerne uniquement les cas signalés par les unités de planification des sorties. Voir les notes 5 et 7.

Services hospitaliers assurés rendus dans la province ou le territoire					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
7. Total des paiements aux établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type principal de soins offerts par l'établissement : ¹⁰ (\$)					
a. soins actifs	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
b. soins de longue durée	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. soins de réadaptation	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. services diagnostiques aux malades externes	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
e. services de chirurgie d'un jour (aux malades externes)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
f. autres	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
g. total des paiements aux établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
8. Coût quotidien moyen des soins aux malades hospitalisés offerts par <u>tous</u> les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés aux malades hospitalisés, par type de soins : (\$)					
a. soins actifs	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
b. soins de longue durée	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. soins de réadaptation	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. autres	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
9. Coût moyen par visite pour les services offerts aux malades externes par <u>tous</u> les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés aux malades externes, par type de soins : (\$)					
a. soins actifs	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
b. soins de longue durée	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. soins de réadaptation	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. services diagnostiques aux malades externes	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
e. services de chirurgie d'un jour (aux malades externes)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
f. autres	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
10. Coût moyen par visite pour les services offerts (aux malades hospitalisés et aux malades externes) par <u>tous</u> les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type de soins : (\$)					
a. soins actifs	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
b. soins de longue durée	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. soins de réadaptation	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. autres	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible

Pour les points 1 à 10 : Toutes les données sont provisoires pour 2002-2003. Les données ont été redressées pour tous les exercices afin qu'on puisse voir les changements dans les sources de données. Les données historiques et les données courantes peuvent différer d'un rapport à l'autre en raison de changements dans les sources de données, les définitions et les méthodes d'une année à l'autre.

¹⁰ Les paiements aux autorités sanitaires pour la prestation de la gamme intégrale des services fournis dans les régions se répartissent ainsi : 4,4 milliards de dollars en 1999-2000; 5,1 milliards en 200-2001; 5,4 milliards en 2001-2002 et 6,1 milliards en 2002-2003.

Services hospitaliers assurés rendus dans la province ou le territoire					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
11. Nombre d'établissements privés de soins de santé à but lucratif qui fournissent des services hospitaliers assurés, par principal type de soins offerts par l'établissement : ¹¹ (#)					
a. établissements de chirurgie privés	non disponible	1	1	1	1
b. établissements d'imagerie diagnostique privés	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. nombre total d'établissements privés de soins de santé à but lucratif	non disponible	1	1	1	1
12. Nombre de services hospitaliers assurés fournis par des établissements privés de soins de santé à but lucratif, par principal type de soins offerts par l'établissement : (#)					
a. établissements de chirurgie privés	non disponible	810	634	689	612
b. établissements d'imagerie diagnostique privés	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. nombre total de services hospitaliers assurés fournis par des établissements privés de soins de santé à but lucratif	non disponible	810	634	689	612
13. Total des paiements aux établissements privés de soins de santé à but lucratif qui fournissent des services hospitaliers assurés, par principal type de soins offerts par l'établissement : (\$)					
a. établissements de chirurgie privés	non disponible	558 000	348 700	353 100	358 600
b. établissements d'imagerie diagnostique privés	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. total des paiements aux établissements privés de soins de santé à but lucratif	non disponible	558 000	348 700	353 100	358 600

Services hospitaliers assurés rendus hors de la province ou du territoire (au Canada)					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
14. Nombre total de réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés hors province ou territoire (au Canada). (#)	7 994	7 231	8 113	8 113	7 618
15. Nombre total de réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes hors province ou territoire (au Canada). (#)	73 807	70 070	83 765	80 732	83 152
16. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés hors province ou territoire (au Canada). (\$)	35 830 522	34 477 406	35 882 521	40 898 996	40 195 515

¹¹ Il existe environ 50 établissements privés qui sont agréés par le College of Physicians and Surgeons of British Columbia. Ces établissements fournissent surtout des services qui ne sont pas visés par la Loi canadienne sur la santé. La Medicare Protection Act leur interdit toute surfacturation à l'égard des services assurés.

Services hospitaliers assurés rendus hors de la province ou du territoire (au Canada)					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
17. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes hors province ou territoire (au Canada). (\$)	9 075 191	9 585 916	9 149 496	10 604 141	11 223 254
18. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés hors province ou territoire (au Canada). (\$)	4 482,00	4 768,00	4 422,84	5 041,17	5 276,39
19. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes hors province ou territoire (au Canada). (\$)	123,00	137,00	109,23	131,35	134,97

Services hospitaliers assurés rendus à l'étranger					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
20. Nombre total de réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés à l'étranger. (#)	2 793	2 494	2 097	1 964	1 795
21. Nombre total de réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes à l'étranger. (#)	435	324	720	637	949
22. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés à l'étranger. (\$)	3 492 437	5 375 289	6 463 676	9 246 228	2 294 341
23. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes à l'étranger. (\$)	100 863	65 137	134 789	119 928	543 969
24. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés à l'étranger. (\$)	1 250,00	2 155,00	3 082,34	4 707,86	1 278,18
25. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes à l'étranger. (\$)	232,00	201,00	187,21	188,27	573,20

Services de chirurgie dentaire assurés rendus dans la province ou le territoire					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
26. Nombre de dentistes qui participent au régime d'assurance-santé. (#)	283	272	283	275	249
27. Nombre de services de chirurgie dentaire assurés fournis par des dentistes participants. (#)	50 899	54 638	55 643	43 505	36 680
28. Total des paiements aux dentistes pour des services de chirurgie dentaire assurés. (\$)	5 455 250	5 893 820	6 321 864	5 401 691	5 400 000
29. Paiement moyen (par service) pour des services de chirurgie dentaire assurés. (\$)	107,18	107,87	113,61	124,16	147,22

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
30. Nombre de médecins qui participent au régime d'assurance-santé, par catégorie de médecins : (#)					
a. omnipraticiens	4 276	4 277	4 359	4 430	4 471
b. spécialistes	3 225	3 268	3 297	3 380	3 421
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	7 501	7 545	7 656	7 810	7 892
31. Nombre de médecins qui ont opté pour le retrait du régime d'assurance-santé, par catégorie de médecins : (#)					
a. omnipraticiens	4	4	3	3	3
b. spécialistes	13	10	5	3	3
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	17	14	8	6	6
32. Nombre de médecins qui ne participent pas au régime d'assurance-santé, par catégorie de médecins : (#)					
a. omnipraticiens	1	1	1	1	1
b. spécialistes	0	0	0	0	0
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	1	1	1	1	1

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
33. Nombre de services médicaux assurés, par catégorie de médecins (rémunération à l'acte) : (#)					
a. omnipraticiens	21 891 611	22 942 977	23 037 717	22 786 171	23 099 256
b. spécialistes	29 872 189	32 791 108	34 565 990	36 207 479	38 541 400
c. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. total	51 763 800	55 734 085	57 603 707	58 993 650	61 640 656
34. Nombre de services médicaux assurés, par catégorie de services : (#)					
a. services médicaux	24 012 366	25 129 877	25 201 483	24 994 070	25 423 944
b. services de chirurgie	4 163 434	4 431 716	4 417 069	4 317 461	4 393 613
c. services diagnostiques	23 588 000	26 172 492	27 985 155	29 682 119	31 823 099
d. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
e. total	51 763 800	55 734 085	57 603 707	58 993 650	61 640 656
35. Total des paiements (rémunération à l'acte) aux médecins pour des services médicaux assurés, par catégorie de médecins : (\$)					
a. omnipraticiens	629 435 878	658 975 986	665 989 273	720 481 512	749 814 981
b. spécialistes	848 273 150	933 134 583	969 589 022	1 076 308 991	1 153 801 097
c. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. total	1 477 709 028	1 592 110 569	1 635 578 295	1 796 790 503	1 903 616 078
36. Total des paiements aux médecins pour des services médicaux assurés, par catégorie de services : (\$)					
a. services médicaux	879 483 221	928 286 068	942 736 513	1 025 573 356	1 068 072 122
b. services de chirurgie	229 199 294	250 524 151	252 828 480	279 700 734	296 852 610
c. services diagnostiques	369 026 513	413 300 350	440 013 302	491 516 413	538 691 346
d. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
e. total	1 477 709 028	1 592 110 569	1 635 578 295	1 796 790 503	1 903 616 078
37. Paiement moyen (par service) pour des services médicaux assurés (rémunération à l'acte), par catégorie de médecins : (\$)					
a. omnipraticiens	28,75	28,72	28,91	31,62	32,46
b. spécialistes	28,40	28,46	28,05	29,73	29,94
c. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. paiement moyen pour tous les médecins	28,55	28,57	28,39	30,46	30,88

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
38. Paiement moyen (par service) pour des services médicaux assurés, par catégorie de services : (\$)					
a. services médicaux	36,63	36,94	37,41	41,03	42,01
b. services de chirurgie	55,05	56,53	57,24	64,78	67,56
c. services diagnostiques	15,64	15,79	15,72	16,56	16,93
d. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
e. paiement moyen pour tous les services	28,55	28,57	28,39	30,46	30,88

Services médicaux assurés rendus hors province ou territoire (au Canada) ¹²					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
39. Nombre de services médicaux assurés fournis hors province ou territoire qui ont été payés (au Canada). (#)	680 230	552 056	579 550	541 922	492 996
40. Total des paiements pour des services médicaux assurés fournis hors province ou territoire (au Canada). (\$)	19 841 176	16 979 901	18 547 284	18 842 752	22 425 511
41. Paiement moyen (par service) pour des services médicaux assurés fournis hors province ou territoire (au Canada). (\$)	29,17	30,76	32,00	34,77	45,49

Services médicaux assurés rendus à l'étranger ¹³					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
42. Nombre de services médicaux assurés fournis à l'étranger qui ont été payés. (#)	80 717	77 424	77 968	71 871	61 768
43. Total des paiements pour des services médicaux assurés fournis à l'étranger. (\$)	3 346 453	3 485 618	3 281 561	3 009 750	2 671 752
44. Paiement moyen (par service) pour des services médicaux assurés fournis à l'étranger. (\$)	41,46	45,02	42,09	41,88	43,25

¹² Les chiffres pour les points 39 à 41 ont été réinscrits pour toutes les années en raison d'un changement apporté à la méthode de calcul.

¹³ Les chiffres pour les points 42 à 44 ont été réinscrits pour toutes les années en raison d'un changement apporté à la méthode de calcul. Les données pour l'exercice 2002-2003 sont préliminaires et seront révisées à la hausse dans le rapport de l'année prochaine. Les demandes de remboursement provenant de l'étranger sont souvent soumises après de la fin de l'exercice et leur traitement est long. En outre, il y avait une accumulation considérable de réclamations non payés à la fin de l'exercice 2002-2003.

Personnes inscrites					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
1. Nombre total de personnes inscrites au régime d'assurance-santé au 31 mars. (#)	31 925	31 255	31 133	31 036	30 534

Services hospitaliers assurés rendus dans la province ou le territoire					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
2. Nombre d'établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés (sauf les hôpitaux psychiatriques et les maisons de repos), par type principal de soins offerts par l'établissement : (#)					
a. soins actifs	2	2	2	2	2
b. soins de longue durée	0	0	0	0	0
c. soins de réadaptation	0	0	0	0	0
d. services diagnostiques aux malades externes	0	0	0	0	0
e. services de chirurgie d'un jour (aux malades externes)	0	0	0	0	0
f. autres	13 ¹	13 ¹	13 ¹	13 ¹	13 ¹
g. nombre total d'établissements	15	15	15	15	15
3. Nombre de lits dotés en personnel dans <u>tous</u> les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par catégorie de lits : (#)					
a. soins actifs	59	61	61	61	61
b. soins de longue durée	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
c. soins de réadaptation	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. services diagnostiques aux malades externes	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
e. autres	9 ²	9 ²	9 ²	9 ²	9 ²
f. nombre total de lits dotés en personnel	68	70	70	70	70
4. Nombre total de lits approuvés dans <u>tous</u> les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par catégorie de lits : (#)					
a. soins actifs	59	61	61	61	61
b. soins de longue durée	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
c. soins de réadaptation	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. services diagnostiques aux malades externes	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
e. autres	9 ²	9 ²	9 ²	9 ²	9 ²
f. nombre total de lits approuvés	68	70	70	70	70

¹ Comprend 12 centres de santé et un poste sanitaire satellite.

² Lits pour chirurgie d'un jour.

Services hospitaliers assurés rendus dans la province ou le territoire					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
5. Nombre de radiations dans <u>tous</u> les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type de soins : (#)					
a. soins actifs	3 117	2 967	3 021	2 986	3 044
b. soins de longue durée	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
c. soins de réadaptation	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. services diagnostiques aux malades externes	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
e. services de chirurgie d'un jour (aux malades externes)	1 606	1 624	1 619	1 542	1 686
f. en attente d'un autre type de soins	0	0	0	0	0
g. nouveau-nés	392	374	363	340	316
h. autres	0	0	0	0	0
i. nombre total de radiations	5 115	4 965	5 003	4 868	5 046
6. Durée moyenne des hospitalisations dans <u>tous</u> les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type de soins : (# de jours)					
a. soins actifs	4,50	4,70	4,70	4,70	4,50
b. soins de longue durée	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
c. soins de réadaptation	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. nouveau-nés	2,90	3,00	3,10	3,00	2,90
e. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
7. Total des paiements aux établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type principal de soins offerts par l'établissement : (\$)					
a. soins actifs	19 023 617	19 587 158	20 350 026	21 920 937	22 515 448
b. soins de longue durée	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
c. soins de réadaptation	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. services diagnostiques aux malades externes	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
e. services de chirurgie d'un jour (aux malades externes)	0	0	0	0	0
f. autres	4 796 107 ¹	5 502 144 ¹	5 483 948 ¹	5 997 920 ¹	6 133 453 ¹
g. total des paiements aux établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés	23 819 724	25 089 302	25 833 974	27 918 907	28 648 901

Services hospitaliers assurés rendus dans la province ou le territoire					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
8. Coût quotidien moyen des soins aux malades hospitalisés offerts par <u>tous</u> les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés aux malades hospitalisés, par type de soins : (\$)					
a. soins actifs	694,50	694,50	694,50	732,50	837,50
b. soins de longue durée	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
c. soins de réadaptation	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
9. Coût moyen par visite pour les services offerts aux malades externes par <u>tous</u> les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés aux malades externes, par type de soins : (\$)					
a. soins actifs	110,00	110,00	110,00	110,00	110,00
b. soins de longue durée	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
c. soins de réadaptation	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. services diagnostiques aux malades externes	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
e. services de chirurgie d'un jour (aux malades externes)	400,00	400,00	400,00	400,00	400,00
f. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
10. Coût moyen par visite pour les services offerts (aux malades hospitalisés et aux malades externes) par <u>tous</u> les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type de soins : (\$)					
a. soins actifs	349,71	337,15	335,46	356,23	359,56
b. soins de longue durée	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
c. soins de réadaptation	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
11. Nombre d'établissements privés de soins de santé à but lucratif qui fournissent des services hospitaliers assurés, par principal type de soins offerts par l'établissement : (#)					
a. établissements de chirurgie privés	0	0	0	0	0
b. établissements d'imagerie diagnostique privés	0	0	0	0	0
c. nombre total d'établissements privés de soins de santé à but lucratif	0	0	0	0	0

Services hospitaliers assurés rendus dans la province ou le territoire					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
12. Nombre de services hospitaliers assurés fournis par des établissements privés de soins de santé à but lucratif, par principal type de soins offerts par l'établissement : (#)					
a. établissements de chirurgie privés	0	0	0	0	0
b. établissements d'imagerie diagnostique privés	0	0	0	0	0
c. nombre total de services hospitaliers assurés fournis par des établissements privés de soins de santé à but lucratif	0	0	0	0	0
13. Total des paiements aux établissements privés de soins de santé à but lucratif qui fournissent des services hospitaliers assurés, par principal type de soins offerts par l'établissement : (\$)					
a. établissements de chirurgie privés	0	0	0	0	0
b. établissements d'imagerie diagnostique privés	0	0	0	0	0
c. total des paiements aux établissements privés de soins de santé à but lucratif	0	0	0	0	0

Services hospitaliers assurés rendus hors de la province ou du territoire (au Canada)					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
14. Nombre total de réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés hors province ou territoire (au Canada). (#)	769	735	719	663	666
15. Nombre total de réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes hors province ou territoire (au Canada). (#)	6 637	7 025	6 760	6 547	7 241
16. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés hors province ou territoire (au Canada). (\$)	4 196 661	4 683 562	4 218 846	4 299 055	5 861 530
17. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes hors province ou territoire (au Canada). (\$)	826 425	920 769	861 375	945 804	1 037 692

Services hospitaliers assurés rendus hors de la province ou du territoire (au Canada)					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
18. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés hors province ou territoire (au Canada). (\$)	5 457,30	6 372,20	5 867,66	6 484,25	8 801,10
19. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes hors province ou territoire (au Canada). (\$)	124,52	131,07	127,43	144,47	143,31

Services hospitaliers assurés rendus à l'étranger					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
20. Nombre total de réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés à l'étranger. (#)	13	11	9	15	9
21. Nombre total de réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes à l'étranger. (#)	53	67	54	40	26
22. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés à l'étranger. (\$)	45 440	22 125	27 520	50 599	9 339
23. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes à l'étranger. (\$)	7 354	7 080	8 368	4 431	2 451
24. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés à l'étranger. (\$)	3 495,39	2 011,37	3 057,78	3 373,27	1 037,67
25. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes à l'étranger. (\$)	138,76	105,68	154,97	110,78	94,27

Services de chirurgie dentaire assurés rendus dans la province ou le territoire					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
26. Nombre de dentistes qui participent au régime d'assurance-santé. (#)	12	9	11	11	8
27. Nombre de services de chirurgie dentaire assurés fournis par des dentistes participants. (#)	297	214	222	214	150
28. Total des paiements aux dentistes pour des services de chirurgie dentaire assurés. (\$)	64 397	59 458	50 876	51 078	37 342
29. Paiement moyen (par service) pour des services de chirurgie dentaire assurés. (\$)	217,19	277,84	229,17	238,69	248,95

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire ³					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
30. Nombre de médecins qui participent au régime d'assurance-santé, par catégorie de médecins : (#)					
a. omnipraticiens	40	41	43	49	53
b. spécialistes	4	5	6	5	6
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	44	46	49	54	59
31. Nombre de médecins qui ont opté pour le retrait du régime d'assurance-santé, par catégorie de médecins : (#)					
a. omnipraticiens	0	0	0	0	0
b. spécialistes	0	0	0	0	0
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	0	0	0	0	0
32. Nombre de médecins qui ne participent pas au régime d'assurance-santé, par catégorie de médecins : (#)					
a. omnipraticiens	0	0	0	0	0
b. spécialistes	0	0	0	0	0
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	0	0	0	0	0

³ Comprend seulement les médecins de famille et les spécialistes résidents.

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire ⁴					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
33. Nombre de services médicaux assurés, par catégorie de médecins (rémunération à l'acte) : (#)					
a. omnipraticiens	151 743	153 542	164 497	160 932	186 479
b. spécialistes	14 170	11 704	14 789	11 881	11 040
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	165 913	165 246	179 286	172 813	197 519
34. Nombre de services médicaux assurés, par catégorie de services : (#)					
a. services médicaux	120 830	123 333	131 685	131 004	154 591
b. services de chirurgie	23 110	22 092	25 670	26 653	26 388
c. services diagnostiques	21 972	19 822	18 978	15 156	16 540
d. autres	0	0	0	0	0
e. total	165 913	165 247	176 333	172 813	197 519
35. Total des paiements (rémunération à l'acte) aux médecins pour des services médicaux assurés, par catégorie de médecins : (\$)					
a. omnipraticiens	5 058 606	5 248 704	5 803 619	5 692 583	6 740 552
b. spécialistes	1 321 577	1 189 271	1 263 380	1 143 968	971 283
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	6 380 183	6 437 975	7 066 999	6 836 551	7 711 835
36. Total des paiements aux médecins pour des services médicaux assurés, par catégorie de services : (\$)					
a. services médicaux	5 026 530	5 144 453	5 729 729	5 550 975	6 386 109
b. services de chirurgie	1 005 170	978 628	1 028 529	1 057 467	1 029 697
c. services diagnostiques	348 483	314 893	308 741	228 109	296 029
d. autres	0	0	0	0	0
e. total	6 380 183	6 437 975	7 066 999	6 836 551	7 711 835
37. Paiement moyen (par service) pour des services médicaux assurés (rémunération à l'acte), par catégorie de médecins : (\$)					
a. omnipraticiens	33,34	34,18	35,28	35,38	36,15
b. spécialistes	93,27	101,61	85,43	96,29	87,98
c. autres	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
d. paiement moyen pour tous les médecins	38,45	38,96	39,42	39,56	39,04

⁴ Les mesures 33 à 38 ne comprennent pas les services et les coûts prévus par les autres méthodes de rémunération des médecins.

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire					
	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002
38. Paiement moyen (par service) pour des services médicaux assurés, par catégorie de services : (\$)					
a. services médicaux	41,60	41,71	43,51	42,38	41,31
b. services de chirurgie	43,50	44,30	40,07	39,68	39,02
c. services diagnostiques	15,86	15,89	16,27	15,05	17,90
d. autres	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
e. paiement moyen pour tous les services	38,46	38,96	40,08	39,56	39,04

Services médicaux assurés rendus hors province ou territoire (au Canada)					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
39. Nombre de services médicaux assurés fournis hors province ou territoire qui ont été payés (au Canada). (#)	29 834	31 020	36 828	32 461	34 853 ⁵
40. Total des paiements pour des services médicaux assurés fournis hors province ou territoire (au Canada). (\$)	1 207 371	1 404 195	1 642 495	1 601 642	1 799 019 ⁵
41. Paiement moyen (par service) pour des services médicaux assurés fournis hors province ou territoire (au Canada). (\$)	40,47	45,27	44,60	49,34	51,62 ⁵

Services médicaux assurés rendus à l'étranger					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
42. Nombre de services médicaux assurés fournis à l'étranger qui ont été payés. (#)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
43. Total des paiements pour des services médicaux assurés fournis à l'étranger. (\$)	non disponible	non disponible	non disponible	not available	not available
44. Paiement moyen (par service) pour des services médicaux assurés fournis à l'étranger. (\$)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible

⁵ Comprend la Colombie-Britannique et l'Alberta seulement.

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire, Spécialistes itinérants, médecins suppléants et remboursements aux membres					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
45. Nombre de services médicaux assurés, par catégorie de médecins (rémunération à l'acte) : (#)					
a. omnipraticiens	30 391	27 757	32 986	18 663	21 896
b. spécialistes	10 443	11 332	7 009	11 323	12 830
c. nombre total de médecins	40 834	39 089	39 995	29 986	34 726
46. Nombre de services médicaux assurés, par catégorie de services : (#)					
a. services médicaux	33 007	31 609	31 099	23 431	25 402
b. services de chirurgie	4 483	5 141	6 121	4 888	7 510
c. services diagnostiques	3 344	2 339	2 775	1 667	1 814
d. nombre total de services médicaux assurés	40 834	39 089	39 995	29 986	34 726
47. Total des paiements (rémunération à l'acte) aux médecins pour des services médicaux assurés, par catégorie de médecins : (\$)					
a. omnipraticiens	994 636	907 848	1 156 197	699 718	788 293
b. spécialistes	681 869	727 972	303 424	885 944	1 192 364
c. total des paiements aux médecins	1 676 505	1 635 820	1 459 621	1 585 662	1 980 657
48. Total des paiements aux médecins pour des services médicaux assurés, par catégorie de services : (\$)					
a. services médicaux	1 477 892	1 436 115	1 133 717	1 224 899	1 392 766
b. services de chirurgie	121 755	132 349	260 188	285 503	481 940
c. services diagnostiques	76 857	67 356	65 716	75 261	105 951
d. total des paiements aux médecins	1 676 504	1 635 820	1 459 621	1 585 663	1 980 657
49. Paiement moyen pour des services médicaux assurés (rémunération à l'acte), par catégorie de médecins : (\$)					
a. omnipraticiens	32,73	32,71	35,05	37,50	36,00
b. spécialistes	65,29	64,24	43,29	78,25	92,94
c. paiement moyen pour tous les services médicaux assurés	41,06	41,85	36,50	52,88	57,04
50. Paiement moyen pour des services médicaux assurés, par catégorie de services : (\$)					
a. services médicaux	44,78	45,43	36,46	52,28	54,82
b. services de chirurgie	27,16	25,74	42,51	58,41	64,17
c. services de diagnostic	22,98	28,80	23,68	45,15	58,41
d. paiement moyen pour tous les services médicaux assurés	41,06	41,85	36,50	52,88	57,04

Territoires du Nord-Ouest

Personnes inscrites					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
1. Nombre total de personnes inscrites au régime d'assurance-santé au 31 mars. (#)		41 000	41 673	42 886 ¹	40 399 ¹

Services hospitaliers assurés rendus dans la province ou le territoire					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003 ²
2. Nombre d'établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés (sauf les hôpitaux psychiatriques et les maisons de repos), par type principal de soins offerts par l'établissement : (#)					
a. soins actifs		4 hôpitaux ³	4 hôpitaux ³	4 hôpitaux ³	4 hôpitaux ³
b. soins de longue durée		sans objet ³	sans objet ³	sans objet ³	sans objet ³
c. soins de réadaptation		sans objet ³	sans objet ³	sans objet ³	sans objet ³
d. services diagnostiques aux malades externes		sans objet ³	sans objet ³	sans objet ³	sans objet ³
e. services de chirurgie d'un jour (aux malades externes)		sans objet ³	sans objet ³	sans objet ³	sans objet ³
f. autres		28 ⁴	28 ⁴	28 ⁴	28 ⁴
g. nombre total d'établissements		32	32	32	32
3. Nombre de lits dotés en personnel dans <u>tous</u> les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par catégorie de lits : (#)					
a. soins actifs		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
b. soins de longue durée		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. soins de réadaptation		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. services diagnostiques aux malades externes		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
e. autres		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
f. nombre total de lits dotés en personnel		212	220	173	non disponible
4. Nombre total de lits approuvés dans <u>tous</u> les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par catégorie de lits : (#)					
a. soins actifs		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
b. soins de longue durée		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. soins de réadaptation		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. services diagnostiques aux malades externes		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
e. autres		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
f. nombre total de lits approuvés		212	220	173	non disponible

¹ Établi au 18 septembre 2002 pour 2001-2002 et au 2 septembre 2003 pour 2002-2003.

² Données hospitalières pour 2002-2003 incomplètes au moment de la publication.

³ Aucun établissement des Territoires du Nord-Ouest n'offre principalement ce type de soins. En effet, ce sont les 4 établissements de soins actifs qui offrent les soins de longue durée, les soins prolongés, les services de chirurgie d'un jour, les services aux patients externes, les services de diagnostic et les services de réadaptation.

⁴ Comprend les centres de santé, et les unités de santé publique. Les chiffres des mesures 3 à 25 n'incluent pas les activités des centres de santé ni celles des unités de santé publique.

Les statistiques des exercices 1998-1999 ne sont pas présentées parce que, à compter du 1er avril 1999, le Nunavut a été formé à partir d'une partie des Territoires du Nord-Ouest.

Services hospitaliers assurés rendus dans la province ou le territoire					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003 ²
5. Nombre de radiations dans <u>tous</u> les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type de soins : (#)					
a. soins actifs		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
b. soins de longue durée		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. soins de réadaptation		7 955	7 217	6 984	non disponible
d. services diagnostiques aux malades externes		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
e. services de chirurgie d'un jour (aux malades externes)		2 772	2 445	2 254	non disponible
f. en attente d'un autre type de soins		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
g. nouveau-nés		472	725	533	non disponible
h. autres		59 634	65 405	67 562	non disponible
i. nombre total de radiations		70 833	75 792	77 333	non disponible
6. Durée moyenne des hospitalisations dans <u>tous</u> les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type de soins : (# de jours)					
a. soins actifs		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
b. soins de longue durée		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. soins de réadaptation		15,20	11,10	26,57	non disponible
d. nouveau-nés		2,89	3,01	2,97	non disponible
e. autres		4,65	4,36	4,01	non disponible
7. Total des paiements aux établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type principal de soins offerts par l'établissement : (\$)					
a. soins actifs		sans objet ³	sans objet ³	sans objet ³	sans objet ³
b. soins de longue durée		sans objet ³	sans objet ³	sans objet ³	sans objet ³
c. soins de réadaptation		sans objet ³	sans objet ³	sans objet ³	sans objet ³
d. services diagnostiques aux malades externes		sans objet ³	sans objet ³	sans objet ³	sans objet ³
e. services de chirurgie d'un jour (aux malades externes)		sans objet ³	sans objet ³	sans objet ³	sans objet ³
f. autres		sans objet ³	sans objet ³	sans objet ³	sans objet ³
g. total des paiements aux établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés		36 215 847 ³	40 282 046 ³	44 268 039 ³	48 451 358 ³

² Données hospitalières pour 2002-2003 incomplètes au moment de la publication.

³ Aucun établissement des Territoires du Nord-Ouest n'offre principalement ce type de soins. En effet, ce sont les 4 établissements de soins actifs qui offrent les soins de longue durée, les soins prolongés, les services de chirurgie d'un jour, les services aux patients externes, les services de diagnostic et les services de réadaptation.

Les statistiques des exercices 1998-1999 ne sont pas présentées parce que, à compter du 1er avril 1999, le Nunavut a été formé à partir d'une partie des Territoires du Nord-Ouest.

Services hospitaliers assurés rendus dans la province ou le territoire					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
8. Coût quotidien moyen des soins aux malades hospitalisés offerts par <u>tous</u> les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés aux malades hospitalisés, par type de soins : (\$)					
a. soins actifs		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
b. soins de longue durée		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. soins de réadaptation		1 443,67	1 761,67	1 904,15	non disponible
d. autres		1 346,70	1 472,54	1 681,33	non disponible
9. Coût moyen par visite pour les services offerts aux malades externes par <u>tous</u> les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés aux malades externes, par type de soins : (\$)					
a. soins actifs		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
b. soins de longue durée		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. soins de réadaptation		107,33	118,91	131,82	non disponible
d. services diagnostiques aux malades externes		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
e. services de chirurgie d'un jour (aux malades externes)		390,43	433,19	409,67	non disponible
f. autres		106,52	117,64	129,80	non disponible
10. Coût moyen par visite pour les services offerts (aux malades hospitalisés et aux malades externes) par <u>tous</u> les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type de soins : (\$)					
a. soins actifs		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
b. soins de longue durée		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. soins de réadaptation		148,50	175,44	232,98	non disponible
d. autres		557,18	568,95	606,13	non disponible
11. Nombre d'établissements privés de soins de santé à but lucratif qui fournissent des services hospitaliers assurés, par principal type de soins offerts par l'établissement : (#)					
a. établissements de chirurgie privés		0	0	0	0
b. établissements d'imagerie diagnostique privés		0	0	0	0
c. nombre total d'établissements privés de soins de santé à but lucratif		0	0	0	0

Les statistiques des exercices 1998-1999 ne sont pas présentées parce que, à compter du 1er avril 1999, le Nunavut a été formé à partir d'une partie des Territoires du Nord-Ouest.

Services hospitaliers assurés rendus dans la province ou le territoire					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
12. Nombre de services hospitaliers assurés fournis par des établissements privés de soins de santé à but lucratif, par principal type de soins offerts par l'établissement : (#)					
a. établissements de chirurgie privés		sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
b. établissements d'imagerie diagnostique privés		sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
c. nombre total de services hospitaliers assurés fournis par des établissements privés de soins de santé à but lucratif		sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
13. Total des paiements aux établissements privés de soins de santé à but lucratif qui fournissent des services hospitaliers assurés, par principal type de soins offerts par l'établissement : (\$)					
a. établissements de chirurgie privés		sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
b. établissements d'imagerie diagnostique privés		sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
c. total des paiements aux établissements privés de soins de santé à but lucratif		sans objet	sans objet	sans objet	sans objet

Services hospitaliers assurés rendus hors de la province ou du territoire (au Canada)					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
14. Nombre total de réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés hors province ou territoire (au Canada). (#)		1 076	952	991	1 040
15. Nombre total de réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes hors province ou territoire (au Canada). (#)		7 828	8 105	8 366	8 663
16. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés hors province ou territoire (au Canada). (\$)		7 414 480	6 741 844	7 432 531	9 716 439
17. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes hors province ou territoire (au Canada). (\$)		1 200 552	1 775 206	1 838 847	2 280 191

Les statistiques des exercices 1998-1999 ne sont pas présentées parce que, à compter du 1er avril 1999, le Nunavut a été formé à partir d'une partie des Territoires du Nord-Ouest.

Services hospitaliers assurés rendus hors de la province ou du territoire (au Canada)					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
18. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés hors province ou territoire (au Canada). (\$)		6 890,78	7 081,77	7 500,03	9 342,73
19. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes hors province ou territoire (au Canada). (\$)		153,37	219,03	219,80	263,21

Services hospitaliers assurés rendus à l'étranger					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
20. Nombre total de réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés à l'étranger. (#)		6	5	3	1
21. Nombre total de réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes à l'étranger. (#)		12	16	15	12
22. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés à l'étranger. (\$)		10 606	3 744	13 771	1 595
23. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes à l'étranger. (\$)		2 363	2 205	2 851	2 775
24. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés à l'étranger. (\$)		1 767,63	748,87	4 590,49	1 595,00
25. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes à l'étranger. (\$)		196,91	137,84	190,06	231,28

Les statistiques des exercices 1998-1999 ne sont pas présentées parce que, à compter du 1er avril 1999, le Nunavut a été formé à partir d'une partie des Territoires du Nord-Ouest.

Services de chirurgie dentaire assurés rendus dans la province ou le territoire					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
26. Nombre de dentistes qui participent au régime d'assurance-santé. (#)		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
27. Nombre de services de chirurgie dentaire assurés fournis par des dentistes participants. (#)		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
28. Total des paiements aux dentistes pour des services de chirurgie dentaire assurés. (\$)		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
29. Paiement moyen (par service) pour des services de chirurgie dentaire assurés. (\$)		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
30. Nombre de médecins qui participent au régime d'assurance-santé, par catégorie de médecins : (#)					
a. omnipraticiens		35 ⁵	29 ⁵	24 ⁵	37 ⁵
b. spécialistes		18 ⁵	18 ⁵	13 ⁵	16 ⁵
c. autres		106 ⁶	151 ⁶	175 ⁶	156 ⁶
d. total		159 ⁷	198 ⁷	212 ⁷	209 ⁷
31. Nombre de médecins qui ont opté pour le retrait du régime d'assurance-santé, par catégorie de médecins : (#)					
a. omnipraticiens		0	0	0	0
b. spécialistes		0	0	0	0
c. autres		0	0	0	0
d. total		0	0	0	0
32. Nombre de médecins qui ne participent pas au régime d'assurance-santé, par catégorie de médecins : (#)					
a. omnipraticiens		0	0	0	0
b. spécialistes		0	0	0	0
c. autres		0	0	0	0
d. total		0	0	0	0

⁵ Base de données médicales Southam, Institut canadien d'information sur la santé. Les chiffres pour 2002-2003 sont des prévisions du ministère de la Santé et des Services sociaux des T.N.-O.

⁶ Évaluation du nombre de médecins suppléants. Pour les mesures 33 à 38, les données relatives aux médecins suppléants sont entrées avec celles des médecins généralistes et des médecins spécialistes.

⁷ Prévisions basées sur le nombre total de médecins actifs pour chaque exercice.

Les statistiques des exercices 1998-1999 ne sont pas présentées parce que, à compter du 1er avril 1999, le Nunavut a été formé à partir d'une partie des Territoires du Nord-Ouest.

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
33. Nombre de services médicaux assurés, par catégorie de médecins (rémunération à l'acte) : (#)					
a. omnipraticiens		142 395	82 242	32 473	18 615
b. spécialistes		9 495	5 471	5 622	5 511
c. autres		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. total		151 890	87 713	38 095	24 126
34. Nombre de services médicaux assurés, par catégorie de services : (#)					
a. services médicaux		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
b. services de chirurgie		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. services diagnostiques		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. autres		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
e. total		213 665	200 198	199 744	194 622
35. Total des paiements (rémunération à l'acte) aux médecins pour des services médicaux assurés, par catégorie de médecins : (\$)					
a. omnipraticiens		5 589 151	3 357 266	1 226 780	824 617
b. spécialistes		650 639	599 167	616 393	616 650
c. autres		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. total		6 239 790	3 956 433	1 843 173	1 441 267
36. Total des paiements aux médecins pour des services médicaux assurés, par catégorie de services : (\$)					
a. services médicaux		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
b. services de chirurgie		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. services diagnostiques		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. autres		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
e. total		12 334 580	17 037 488	20 032 822	19 865 194
37. Paiement moyen (par service) pour des services médicaux assurés (rémunération à l'acte), par catégorie de médecins : (\$)					
a. omnipraticiens		39,25	40,82	37,78	44,30
b. spécialistes		68,52	109,52	109,64	111,89
c. autres		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. paiement moyen pour tous les médecins		41,08	45,11	48,38	59,74

Les statistiques des exercices 1998-1999 ne sont pas présentées parce que, à compter du 1er avril 1999, le Nunavut a été formé à partir d'une partie des Territoires du Nord-Ouest.

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
38. Paiement moyen (par service) pour des services médicaux assurés, par catégorie de services : (\$)					
a. services médicaux		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
b. services de chirurgie		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. services diagnostiques		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. autres		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
e. paiement moyen pour tous les services		57,73	85,10	100,29	102,07

Services médicaux assurés rendus hors province ou territoire (au Canada)					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
39. Nombre de services médicaux assurés fournis hors province ou territoire qui ont été payés (au Canada). (#)		44 476	40 091	42 351	42 974
40. Total des paiements pour des services médicaux assurés fournis hors province ou territoire (au Canada). (\$)		2 340 523	2 779 834	2 149 607	2 623 129
41. Paiement moyen (par service) pour des services médicaux assurés fournis hors province ou territoire (au Canada). (\$)		52,62	69,34	50,76	61,04

Services médicaux assurés rendus à l'étranger					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
42. Nombre de services médicaux assurés fournis à l'étranger qui ont été payés. (#)		212	186	98	91
43. Total des paiements pour des services médicaux assurés fournis à l'étranger. (\$)		18 197	18 166	9 393	5 871
44. Paiement moyen (par service) pour des services médicaux assurés fournis à l'étranger. (\$)		85,83	97,67	95,85	64,51

Les statistiques des exercices 1998-1999 ne sont pas présentées parce que, à compter du 1er avril 1999, le Nunavut a été formé à partir d'une partie des Territoires du Nord-Ouest.

Personnes inscrites					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
1. Nombre total de personnes inscrites au régime d'assurance-santé au 31 mars. (#)		non disponible	26 829	28 630	29 478

Services hospitaliers assurés rendus dans la province ou le territoire					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
2. Nombre d'établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés (sauf les hôpitaux psychiatriques et les maisons de repos), par type principal de soins offerts par l'établissement : (#)					
a. soins actifs		1	1	1	1
b. soins de longue durée		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. soins de réadaptation		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. services diagnostiques aux malades externes		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
e. services de chirurgie d'un jour (aux malades externes)		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
f. autres		25 ¹	25 ¹	25 ¹	25 ¹
g. nombre total d'établissements		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
3. Nombre de lits dotés en personnel dans <u>tous</u> les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par catégorie de lits : (#)					
a. soins actifs		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
b. soins de longue durée		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. soins de réadaptation		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. services diagnostiques aux malades externes		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
e. autres		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
f. nombre total de lits dotés en personnel		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
4. Nombre total de lits approuvés dans <u>tous</u> les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par catégorie de lits : (#)					
a. soins actifs		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
b. soins de longue durée		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. soins de réadaptation		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. services diagnostiques aux malades externes		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
e. autres		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
f. nombre total de lits approuvés		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible

¹ Centres de santé.

Les statistiques des exercices 1998-1999 ne sont pas présentées parce que, le Nunavut a été formé à compter du 1er avril 1999.

Services hospitaliers assurés rendus dans la province ou le territoire					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
5. Nombre de radiations dans <u>tous</u> les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type de soins : (#)					
a. soins actifs		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
b. soins de longue durée		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. soins de réadaptation		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. services diagnostiques aux malades externes		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
e. services de chirurgie d'un jour (aux malades externes)		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
f. en attente d'un autre type de soins		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
g. nouveau-nés		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
h. autres		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
i. nombre total de radiations		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
6. Durée moyenne des hospitalisations dans <u>tous</u> les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type de soins : (# de jours)					
a. soins actifs		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
b. soins de longue durée		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. soins de réadaptation		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. nouveau-nés		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
e. autres		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
7. Total des paiements aux établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type principal de soins offerts par l'établissement : (\$)					
a. soins actifs		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
b. soins de longue durée		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. soins de réadaptation		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. services diagnostiques aux malades externes		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
e. services de chirurgie d'un jour (aux malades externes)		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
f. autres		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
g. total des paiements aux établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible

Les statistiques des exercices 1998-1999 ne sont pas présentées parce que, le Nunavut a été formé à compter du 1er avril 1999.

Services hospitaliers assurés rendus dans la province ou le territoire					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
8. Coût quotidien moyen des soins aux malades hospitalisés offerts par <u>tous</u> les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés aux malades hospitalisés, par type de soins : a. soins actifs b. soins de longue durée c. soins de réadaptation d. autres (\$)		non disponible non disponible non disponible non disponible	non disponible non disponible non disponible non disponible	non disponible non disponible non disponible non disponible	non disponible non disponible non disponible non disponible
9. Coût moyen par visite pour les services offerts aux malades externes par <u>tous</u> les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés aux malades externes, par type de soins : a. soins actifs b. soins de longue durée c. soins de réadaptation d. services diagnostiques aux malades externes e. services de chirurgie d'un jour (aux malades externes) f. autres (\$)		non disponible non disponible non disponible non disponible non disponible non disponible	non disponible non disponible non disponible non disponible non disponible non disponible	non disponible non disponible non disponible non disponible non disponible non disponible	non disponible non disponible non disponible non disponible non disponible non disponible
10. Coût moyen par visite pour les services offerts (aux malades hospitalisés et aux malades externes) par <u>tous</u> les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, par type de soins : a. soins actifs b. soins de longue durée c. soins de réadaptation d. autres (\$)		non disponible non disponible non disponible non disponible	non disponible non disponible non disponible non disponible	non disponible non disponible non disponible non disponible	non disponible non disponible non disponible non disponible
11. Nombre d'établissements privés de soins de santé à but lucratif qui fournissent des services hospitaliers assurés, par principal type de soins offerts par l'établissement : a. établissements de chirurgie privés b. établissements d'imagerie diagnostique privés c. nombre total d'établissements privés de soins de santé à but lucratif (#)		0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0

Les statistiques des exercices 1998-1999 ne sont pas présentées parce que, le Nunavut a été formé à compter du 1er avril 1999.

Services hospitaliers assurés rendus dans la province ou le territoire					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
12. Nombre de services hospitaliers assurés fournis par des établissements privés de soins de santé à but lucratif, par principal type de soins offerts par l'établissement : (#)					
a. établissements de chirurgie privés		0	0	0	0
b. établissements d'imagerie diagnostique privés		0	0	0	0
c. nombre total de services hospitaliers assurés fournis par des établissements privés de soins de santé à but lucratif		0	0	0	0
13. Total des paiements aux établissements privés de soins de santé à but lucratif qui fournissent des services hospitaliers assurés, par principal type de soins offerts par l'établissement : (\$)					
a. établissements de chirurgie privés		0	0	0	0
b. établissements d'imagerie diagnostique privés		0	0	0	0
c. total des paiements aux établissements privés de soins de santé à but lucratif		0	0	0	0

Services hospitaliers assurés rendus hors de la province ou du territoire (au Canada)					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
14. Nombre total de réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés hors province ou territoire (au Canada). (#)		1 842	1 549	1 782	2 524
15. Nombre total de réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes hors province ou territoire (au Canada). (#)		9 656	8 682	9 155	10 677
16. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés hors province ou territoire (au Canada). (\$)		8 546 013	7 612 791	7 681 154	18 640 982
17. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes hors province ou territoire (au Canada). (\$)		1 470 018	1 352 594	1 525 710	1 740 038

Les statistiques des exercices 1998-1999 ne sont pas présentées parce que, le Nunavut a été formé à compter du 1er avril 1999.

Services hospitaliers assurés rendus hors de la province ou du territoire (au Canada)					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
18. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés hors province ou territoire (au Canada). (\$)		4 639,00	4 915,00	4 310,41	7 385,49
19. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes hors province ou territoire (au Canada). (\$)		152,00	156,00	166,65	162,00

Services hospitaliers assurés rendus à l'étranger					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
20. Nombre total de réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés à l'étranger. (#)		14	0	0	0
21. Nombre total de réclamations payées pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes à l'étranger. (#)		5	1	53	3
22. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés à l'étranger. (\$)		12 010	0	0	0
23. Total des paiements pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes à l'étranger. (\$)		1 130	110	128 398	982
24. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades hospitalisés à l'étranger. (\$)		857,00	0,00	0,00	0,00
25. Paiement moyen pour des services hospitaliers assurés fournis à des malades externes à l'étranger. (\$)		226,00	110,00	2 422,60	327,28

Les statistiques des exercices 1998-1999 ne sont pas présentées parce que, le Nunavut a été formé à compter du 1er avril 1999.

Services de chirurgie dentaire assurés rendus dans la province ou le territoire					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
26. Nombre de dentistes qui participent au régime d'assurance-santé. (#)		27	21	non disponible	non disponible
27. Nombre de services de chirurgie dentaire assurés fournis par des dentistes participants. (#)		0	non disponible	non disponible	non disponible
28. Total des paiements aux dentistes pour des services de chirurgie dentaire assurés. (\$)		0	non disponible	non disponible	non disponible
29. Paiement moyen (par service) pour des services de chirurgie dentaire assurés. (\$)		0,00	non disponible	non disponible	non disponible

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
30. Nombre de médecins qui participent au régime d'assurance-santé, par catégorie de médecins : (#)					
a. omnipraticiens		85	59	81	106
b. spécialistes		79	55	67	80
c. autres		0	0	0	0
d. total		164	114	148	186
31. Nombre de médecins qui ont opté pour le retrait du régime d'assurance-santé, par catégorie de médecins : (#)					
a. omnipraticiens		non disponible	0	0	0
b. spécialistes		non disponible	0	0	0
c. autres		non disponible	0	0	0
d. total		non disponible	0	0	0
32. Nombre de médecins qui ne participent pas au régime d'assurance-santé, par catégorie de médecins : (#)					
a. omnipraticiens		non disponible	0	0	0
b. spécialistes		non disponible	0	0	0
c. autres		non disponible	0	0	0
d. total		non disponible	0	0	0

Les statistiques des exercices 1998-1999 ne sont pas présentées parce que, le Nunavut a été formé à compter du 1er avril 1999.

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
33. Nombre de services médicaux assurés, par catégorie de médecins (rémunération à l'acte) : (#)					
a. omnipraticiens		non disponible	61 074	39 035	44 876
b. spécialistes		non disponible	29 485	19 733	20 656
c. autres		non disponible	0	0	0
d. total		non disponible	0	58 768	65 532
34. Nombre de services médicaux assurés, par catégorie de services : (#)					
a. services médicaux		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
b. services de chirurgie		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. services diagnostiques		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. autres		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
e. total		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
35. Total des paiements (rémunération à l'acte) aux médecins pour des services médicaux assurés, par catégorie de médecins : (\$)					
a. omnipraticiens		2 323 234	2 494 221	1 943 399	2 137 218
b. spécialistes		1 146 522	1 229 811	1 042 366	1 199 648
c. autres		0	0	0	0
d. total		3 469 756	3 724 032	2 985 765	3 336 866
36. Total des paiements aux médecins pour des services médicaux assurés, par catégorie de services : (\$)					
a. services médicaux		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
b. services de chirurgie		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. services diagnostiques		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. autres		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
e. total		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
37. Paiement moyen (par service) pour des services médicaux assurés (rémunération à l'acte), par catégorie de médecins : (\$)					
a. omnipraticiens		non disponible	40,83	49,79	47,62
b. spécialistes		non disponible	41,00	52,82	58,08
c. autres		non disponible	0,00	0,00	0,00
d. paiement moyen pour tous les médecins		non disponible	40,92	50,81	50,92

Les statistiques des exercices 1998-1999 ne sont pas présentées parce que, le Nunavut a été formé à compter du 1er avril 1999.

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
38. Paiement moyen (par service) pour des services médicaux assurés, par catégorie de services : (\$)					
a. services médicaux		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
b. services de chirurgie		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. services diagnostiques		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. autres		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
e. paiement moyen pour tous les services		non disponible	non disponible	non disponible	non disponible

Services médicaux assurés rendus hors province ou territoire (au Canada)					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
39. Nombre de services médicaux assurés fournis hors province ou territoire qui ont été payés (au Canada). (#)		non disponible	55 389	39 438	43 064
40. Total des paiements pour des services médicaux assurés fournis hors province ou territoire (au Canada). (\$)		non disponible	3 232 940	2 335 998	2 674 445
41. Paiement moyen (par service) pour des services médicaux assurés fournis hors province ou territoire (au Canada). (\$)		non disponible	58,00	59,23	62,10

Services médicaux assurés rendus à l'étranger					
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003
42. Nombre de services médicaux assurés fournis à l'étranger qui ont été payés. (#)		0	0	12	1
43. Total des paiements pour des services médicaux assurés fournis à l'étranger. (\$)		0	0	14 835	8
44. Paiement moyen (par service) pour des services médicaux assurés fournis à l'étranger. (\$)		0,00	0,00	1 236,25	7,61

Les statistiques des exercices 1998-1999 ne sont pas présentées parce que, le Nunavut a été formé à compter du 1er avril 1999.

Annexe C – Énoncés de politiques liées à la *Loi canadienne sur la santé* : la lettre « Epp » et la Politique fédérale sur les cliniques privées

La présente annexe est composée des textes de la lettre « Epp » et de la lettre « Marleau » (Politique fédérale sur les cliniques privées). Bien que la *Loi canadienne sur la santé* (LCS) énonce les conditions d'octroi et de versement ainsi que les dispositions que les provinces et les territoires doivent respecter pour avoir droit à la totalité des contributions pécuniaires prévues dans le cadre du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux, ces deux documents sont reconnus comme énoncés de la position fédérale concernant l'interprétation de ces conditions et dispositions.

En juin 1985, le ministre fédéral de la Santé et du Bien-être social, M. Jake Epp, a confirmé la politique fédérale d'interprétation et d'application de la LCS dans une lettre envoyée à tous ses homologues provinces et territoires. La lettre « Epp » demeure une référence importante pour l'interprétation de la *Loi*.

Le 6 janvier 1995, la ministre fédérale de la Santé, M^{me} Diane Marleau, a écrit à toutes les provinces et à tous les territoires pour leur communiquer l'interprétation fédérale en ce qui concerne l'inclusion des cliniques privées dans la définition d'« hôpital » dans la LCS. La lettre précisait que la définition d'« hôpital » s'étendait à tout établissement qui fournissait des soins actifs, de réadaptation ou de longue durée, y compris les « cliniques ». Elle les informait également qu'après le 15 octobre, elle considérerait les frais d'établissement chargés aux patients par ces établissements et cliniques comme des frais modérateurs. L'imposition de frais modérateurs contrevient à la LCS et entraîne la retenue d'une partie des transferts de fonds versés à chaque province et territoire.

[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 oeuvre 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 oeuvre 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 oeuvre 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 canadiennes 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 oeuvre.

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.

Veillez agréer, cher collègue, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Diane Marleau
Ministre de la Santé

Annexe D – 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 liés 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 administrations fédérale, provinciales et territoriales de prévenir les différends liés 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.

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*.



Ottawa, Canada K1A 0K9

Le 2 avril 2002

L'honorable Gary Mar
Ministre de la Santé et du Mieux-être
Province de l'Alberta
Édifice Législature, pièce 323
Edmonton (Alberta)
T5K 2B6

Monsieur,

La présente fait suite à mon engagement 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

Processus de prévention et du 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 à des comités fédéraux-provinciaux-territoriaux spéciaux sur les litiges liés à la *Loi canadienne sur la santé*;
- ❑ à 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

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.

1^{er} mai 2002

Annexe E – Évolution des transferts fédéraux pour les soins de santé

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 sont alors considérées comme essentielles à un système de soins de santé national. Tandis que ces subventions sont principalement utilisées pour construire l'infrastructure canadienne des hôpitaux, elles servent aussi à soutenir des initiatives dans des domaines comme la formation professionnelle, la recherche en santé publique et le contrôle de la tuberculose et du cancer. Vers le milieu des années 1960, les provinces reçoivent au total plus de 60 millions de dollars annuellement.

Vers le milieu des années 1950, en raison de la pression publique, le gouvernement fédéral accepte d'offrir un soutien financier aux provinces pour les aider à mettre en place des régimes d'assurance-maladie. En janvier 1956, le gouvernement fédéral dépose des propositions concrètes devant les provinces pour la création progressive d'un programme d'assurance-maladie, dont la priorité serait l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques. Les discussions sur ces propositions mènent à l'adoption de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques* en 1957. La mise en oeuvre du programme Assurance-hospitalisation et services diagnostiques (AHSD) commence en juillet 1958, date à laquelle cinq provinces, soit Terre-Neuve, la Saskatchewan, l'Alberta, la Colombie-Britannique et le Manitoba (à compter de juillet), offrent des régimes d'assurance-hospitalisation. En 1961, l'ensemble des provinces et des territoires participe au programme.

La seconde étape de l'intervention fédérale pour le soutien aux régimes d'assurance-maladie provinciaux et territoriaux est le résultat des recommandations de la Commission royale d'enquête sur les services de santé (Commission Hall), créée en 1961. Dans son rapport final (1964), la Commission recommande l'établissement d'un nouveau programme qui permettrait à tous les Canadiens et toutes les Canadiennes d'avoir accès aux soins médicaux nécessaires.

La *Loi sur les soins médicaux* est déposée au Parlement au début de décembre 1966 et reçoit la sanction royale le 21 décembre 1966. La mise en oeuvre du Programme d'assurance des soins médicaux commence le 1^{er} juillet 1968, et en 1972, l'ensemble des provinces et des territoires participent au programme.

À l'origine, la contribution fédérale aux régimes d'assurance-hospitalisation provinciaux et territoriaux est 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* (1957), le gouvernement fédéral rembourse environ 50 pourcent des coûts de l'assurance-hospitalisation. De même, en vertu de la *Loi sur les soins médicaux* (adoptée en 1966 et entrée en vigueur en 1968), la contribution fédérale au soutien des soins médicaux est égale à la moitié du coût moyen national par habitant pour les services assurés, multipliée par le nombre de personnes assurées dans chaque province ou territoire.

Financement des programmes établis (FPE)

Le 1^{er} avril 1977, le partage des coûts par le gouvernement fédéral pour le soutien des services de santé est remplacé par un financement global avec l'adoption de la *Loi sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral, les territoires et les provinces et sur le financement des programmes établis* de 1977, aussi connue sous le nom de *Loi sur le FPE*. En vertu de cette loi, les contributions fédérales aux provinces et aux territoires pour les trois programmes « établis » – assurance-hospitalisation, soins médicaux, éducation postsecondaire – ne sont plus calculées en fonction des dépenses provinciales et territoriales et selon des formules de partage des frais. Plutôt, les contributions fédérales de l'année de base 1975-1976 augmentent en fonction du taux de croissance du produit national brut (PNB). Ce

système de financement global des paiements n'est plus un arrangement non limitatif, et pendant la plus grande partie de l'histoire du FPE, les paiements sont calculés en fonction de la croissance économique et démographique et au moyen de diverses formules.

Sous le régime du FPE, des transferts de fonds et des transferts fiscaux sont consentis aux provinces et aux territoires pour appuyer les programmes de santé et l'enseignement postsecondaire. Exception faite des premières années, le FPE (transferts de fonds et transferts fiscaux) est réparti selon la formule du montant égal par habitant.

Les transferts fiscaux sont calculés d'après la valeur des points d'impôt transférés par le gouvernement fédéral aux provinces et aux territoires en 1977 : 13,5 points d'impôt sur le revenu des particuliers et 1 point d'impôt sur le revenu des sociétés. Les transferts sont remis chaque mois à la province et au territoire. À compter de 1984-1985, ces transferts sont versés à la condition que les régimes d'assurance-maladie provinciaux et territoriaux respectent les conditions d'octroi et de versement fixées dans la *Loi canadienne sur la santé*.

En 1995-1996, la dernière année du FPE, les provinces et les territoires reçoivent au total (transferts de fonds et transferts fiscaux confondus) 22 milliards de dollars au titre du FPE, dont 71,2 pourcent pour les soins de santé et le reste, pour l'enseignement postsecondaire.

Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS)

Dans son budget de 1995, le gouvernement fédéral annonce un régime de partage des frais pour les services sociaux, le TCSPS, qui remplace le FPE et le RAPC (Régime d'assistance publique du Canada).

Lorsque le TCSPS entre en vigueur le 1^{er} avril 1996, les provinces et les territoires touchent la même part de financement qu'en vertu du RAPC et du FPE pour la santé et l'enseignement postsecondaire. La répartition provinciale-territoriale établie sous le régime des programmes antérieurs demeure la même, mais elle est rajustée graduellement afin de mieux tenir compte de la distribution de la population entre les provinces et les territoires.

Le TCSPS continue de fournir du soutien au moyen de transferts de fonds et de transferts fiscaux pour les programmes de santé et autres programmes sociaux offerts par les provinces et les territoires.

Le TCSPS est un financement global, qui combine des transferts de fonds et des transferts fiscaux versés aux gouvernements provinciaux et territoriaux, au titre de la santé, de l'enseignement postsecondaire, et des programmes de services sociaux et d'aide sociale. À la suite de l'Accord de septembre 2000 des premiers ministres, le cadre de financement sur 5 ans est prolongé jusqu'en 2007-2008 pour le Budget fédéral de 2003.

En 2002-2003, les paiements au titre du TCSPS sont de 35,3 milliards de dollars, sous forme de transferts de fonds et de transferts fiscaux (Source : ministère des Finances, septembre 2003, <http://www.fin.gc.ca>).

L'Accord de février 2003 des premiers ministres

Les transferts fédéraux pour le soutien des soins de santé provinciaux et territoriaux ont été restructurés par l'Accord de février 2003 sur le renouvellement des soins de santé et le Budget 2003 subséquent. À compter de 2003-2004, le TCSPS s'accroît de 16 milliards de dollars pour cinq ans avec l'établissement du Fonds pour la réforme de la santé (FRS). Deux nouveaux transferts, le transfert canadien pour la santé et le transfert canadien pour les programmes sociaux seront établis d'ici le 31 mars 2004 par suite de la division du TCSPS (62 pourcent et 38 pourcent respectivement). Lorsque les réformes liées aux soins de santé primaires, aux soins à domicile et aux médicaments onéreux seront bien avancées, le

Fonds pour la réforme de la santé sera incorporé au transfert canadien pour les programmes sociaux en 2008-2009.

Versement des paiements au titre du TCSPS

Le ministère des Finances assure le versement des paiements du TCSPS aux provinces et aux territoires depuis le 1^{er} avril 1996. Cependant, le ministère de la Santé fixe le montant des retenues à effectuer en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*, y compris de celles concernant la surfacturation et les frais modérateurs, et communique ces montants au ministère des Finances avant les dates de paiement. Le ministère des Finances fait ensuite les retenues comme telles sur les paiements bimensuels dus aux provinces et aux territoires au titre du TCSPS.

De plus amples renseignements sur les programmes et les accords financiers fédéraux sont disponibles sur le site Web du ministère des Finances (<http://www.fin.gc.ca>).

Historique des transferts fédéraux en matière de soins de santé

- 1957 La *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques* est adoptée à l'unanimité à la Chambre des communes et au Sénat, établissant ainsi un programme de partage des coûts qui garantit la couverture et l'accessibilité des services hospitaliers à tous les habitants des provinces participantes. En 1961, l'ensemble des provinces et des territoires participe au programme.
- 1966 Le Régime d'assistance publique du Canada (RAPC) voit le jour. Aux termes du RAPC, le gouvernement fédéral paie, entre autres choses, la moitié du coût de certains services de santé, nécessaires aux personnes dans le besoin mais non financés en vertu de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques*.
- 1968 La *Loi sur les soins médicaux* entre en vigueur. Elle établit un programme conditionnel de partage des coûts qui autorise le ministre fédéral de la Santé à verser des contributions financières aux provinces et aux territoires qui offrent des régimes d'assurance-maladie répondant aux critères minimaux. En 1972, l'ensemble des provinces et des territoires participe à ce programme.
- 1977 La *Loi sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et les territoires sur le financement des programmes établis (Loi sur le FPE)* est adoptée. Le programme de services complémentaires de santé est en vigueur et un montant égal par habitant est alloué.
- 1982 La *Loi sur le FPE* est renouvelée. La formule de financement est modifiée de sorte que les transferts nationaux par habitant soient égaux.
- 1984 La *Loi canadienne sur la santé* entre en vigueur. Elle fusionne les dispositions de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques* et de la *Loi sur les soins médicaux*. La loi comprend aussi des dispositions élargies sur les services de soins de santé, qui sont ajoutées à la *Loi sur le FPE*. La *Loi canadienne sur la santé* renforce les critères que les provinces et les territoires doivent respecter pour recevoir la totalité de la contribution fédérale qui leur est due en vertu de la *Loi sur le FPE*.
- La *Loi sur le FPE* est rebaptisée *Loi sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et sur les contributions fédérales en matière d'enseignement postsecondaire et de santé, 1977*.
- 1995 Le budget fédéral annonce qu'à compter du 1^{er} avril 1996, le FPE et le RAPC seront remplacés par un programme de financement global, le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPC). Les transferts au titre du TCSPC sont fixés à 26,9 milliards de dollars pour 1996-1997 et à 25,1 milliards de dollars pour 1997-1998. Les fonds pour 1996-1997 seront répartis entre les provinces et les territoires dans la même proportion que ceux du FPE et du RAPC pour 1995-1996.
- 1996 Le budget fédéral annonce un arrangement de financement quinquennal, le TCSPS (1998-1999 à 2002-2003), et fixe le plancher des transferts en espèces à 11 milliards de dollars par année.
- 1998 La *Loi sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral, les provinces et les territoires sur le financement des programmes établis* est modifiée pour fixer le plancher des transferts de fonds du TCSPS à 12,5 milliards de dollars de 1997-1998 à 2002-2003.
- 1999 Le gouvernement fédéral annonce, dans son budget, qu'il augmente les transferts de fonds du TCSPS de 11,5 milliards de dollars sur cinq ans. Cette bonification a pour but de composer avec les pressions budgétaires dans le secteur des soins de santé.
- 2000 Dans son budget de février, le gouvernement fédéral annonce qu'il augment les contributions du TCSPS de 2,5 milliards de dollars afin d'aider les provinces et les territoires à financer l'enseignement postsecondaire et les soins de santé. Les transferts de fonds du TCSPS passent ainsi à 15,5 milliards de dollars par année pour la période de 2000-2001 à 2003-2004.
- À la suite de la réunion des premiers ministres le 11 septembre 2000, le Premier ministre annonce que les transferts de fonds du TCSPS pour la santé sont augmentés de plus de 21 milliards de dollars pour cinq ans. Les nouveaux fonds visent à répondre aux préoccupations des gouvernements provinciaux et territoriaux concernant le besoin de financement additionnel pour gérer les pressions budgétaires immédiates dans les domaines de la santé, de l'enseignement postsecondaire et des services sociaux et d'aide sociale.
- Un Fonds pour l'achat d'équipement médical de 1 milliard de dollars est établi pour permettre aux provinces et aux territoires d'acheter et installer de l'équipement médical immédiatement pour les services diagnostiques et le traitement. Les montants sont alloués selon un montant égal par habitant.
- 2003 Le budget, pour étayer l'Accord de février 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé, a confirmé : (1) la prorogation de deux ans jusqu'en 2007-2008 du cadre de cinq ans établi par voie législative du TCSPS mis en place en septembre 2000, avec une augmentation de 1,8 milliards de dollars; (2) un supplément dans le cadre du TCSPS de 2,5 milliards de dollars, dont les provinces et les territoires peuvent se prévaloir jusqu'à la fin de 2005-2006; et (3) la restructuration du TCSPS pour établir un Transfert canadien en matière de programmes sociaux à partir du 1^{er} avril 2004 afin d'améliorer la transparence et l'imputabilité.

Annexe F – Lexique des termes utilisés dans le présent rapport

Les termes compris dans ce lexique sont définis dans le contexte de la *Loi canadienne sur la santé*. Ils peuvent être définis ou interprétés différemment dans d'autres situations.

Terme	Explication
Absence temporaire	En vertu de la condition d'octroi de la <i>Loi canadienne sur la santé</i> portant sur la transférabilité (article 11(1)(b)), le terme « absence temporaire » est utilisé lorsqu'une personne assurée s'absente de façon temporaire de sa province ou de son territoire de résidence pour des raisons liées au travail, aux études ou aux vacances ou pour d'autres raisons qui ne supposent pas que la personne établira sa résidence permanente ailleurs.
Accessibilité	La condition d'accessibilité de la <i>Loi canadienne sur la santé</i> (article 12) suppose que les régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux : <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> offrent des services de santé assurés selon des modalités et conditions uniformes, d'une manière qui ne compromet pas un accès raisonnable à ces services pour les personnes assurées, soit directement, soit indirectement;<input type="checkbox"/> prévoient la prise en charge des services de santé assurés, conformément à un système de paiement autorisé par la loi de la province ou du territoire;<input type="checkbox"/> prévoient une rémunération raisonnable de tous les services de santé assurés fournis par les médecins ou les dentistes;<input type="checkbox"/> prévoient le versement de montants aux hôpitaux à l'égard du coût des services de santé assurés.
Accord sur l'admissibilité et la transférabilité	Le premier Accord interprovincial-territorial sur l'admissibilité et la transférabilité a été approuvé par les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé en 1971 et mis en place en 1972. L'Accord fixe les normes minimales relatives à l'admissibilité et à la transférabilité interprovinciales-territoriales des régimes d'assurance-santé. Les provinces et les territoires appliquent de leur plein gré les dispositions de l'Accord, facilitant ainsi la mobilité des Canadiens et leur accès aux services de santé partout au Canada. Les provinces et les territoires se réunissent périodiquement pour examiner et réviser l'Accord.
Admission	Acceptation officielle dans un établissement de santé d'une personne qui requiert, pour une période donnée, des services médicaux ou de santé et l'assignation d'un lit à cette personne.
Assuré	Voir « Personne assurée ».

Terme	Explication
Caisse supplémentaire d'assurance-santé (CSAS)	Caisse, administrée par la Division de la Loi canadienne sur la santé, qui aide les personnes qui ont perdu ou qui n'ont pu obtenir, sans qu'elles en soient responsables, la protection d'un régime d'assurance-santé provincial ou territorial pour les services de santé assurés en vertu de la <i>Loi canadienne sur la santé</i> . Cette caisse a été constituée pour la première fois en 1972, époque à laquelle la transférabilité des régimes d'assurance-santé entre les provinces variait et entraînait des divergences dans les règles d'admissibilité selon lesquelles un résident du Canada pouvait ne pas être admissible, de façon temporaire, à un régime d'assurance-santé d'une province ou d'un territoire à la suite d'un changement de province ou de statut d'admissibilité à des services de santé (p.ex. renvoi de la GRC ou des Forces canadiennes). L'adoption de la <i>Loi canadienne sur la santé</i> , en 1984, a mis un terme aux divergences entre les périodes d'admissibilité des provinces, source de la plupart des préoccupations et raison de l'établissement de la caisse. Le solde de la caisse est actuellement de 28 387 \$. Cinq demandes d'indemnisation ont été envoyées à la CSAS depuis 1986. Toutefois, aucune ne répondait aux conditions en matière de remboursement.
Chirurgie	Traitement des maladies, blessures et autres types d'affections par intervention manuelle ou instrumentale pour réparer, enlever ou remplacer un organe, un tissu ou une partie du corps, ou pour extraire des corps étrangers.
Chirurgie d'un jour	La chirurgie d'un jour comprend les services de santé comportant des interventions chirurgicales qui sont exécutées dans un établissement de santé et qui ne requièrent pas une hospitalisation pour fins de convalescence ou d'observation post-opératoire.
Comité de coordination de la facturation réciproque (CCFR)	Voir « Comité de coordination des ententes interprovinciales en assurance-santé (CCEIAS) »
Comité de coordination des ententes interprovinciales en assurance-santé (CCEIAS)	Le Comité de coordination des ententes interprovinciales en assurance-santé, composé de fonctionnaires des ministères fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé, a été mis sur pied en 1991 sous le nom de « Comité de coordination de la facturation réciproque (CCFR) ». Le mandat du comité comprend l'identification et la résolution des problèmes administratifs liés aux accords de facturation interprovinciaux/territoriaux pour les services médicaux (rendus par des médecins) et hospitaliers. L'intention générale des ententes de facturation réciproque provinciales/territoriales est de faire en sorte que les Canadiens admissibles ont accès aux services de santé médicalement nécessaires lorsqu'ils sont aiguillés à l'extérieur de leur province ou territoire d'origine, lorsqu'ils voyagent ou durant des déplacements pour études ou travail de courte durée. Le nom du comité a été amendé en 2002 afin de mieux refléter le fait que la portée du Comité englobe également l'admissibilité à la couverture de l'assurance-santé ainsi que les enjeux interprovinciaux/territoriaux sur la facturation.
Condition de communication des renseignements	En vertu de l'article 13(a) de la <i>Loi canadienne sur la santé</i> , les gouvernements provinciaux et territoriaux sont tenues de communiquer au ministre fédéral de la Santé, selon des modalités raisonnables, des renseignements touchant les services de santé assurés et les services complémentaires de santé aux fins de l'application de la Loi.

Terme	Explication
Condition de gestion publique	La condition de gestion publique, défini à l'article 8 de la <i>Loi canadienne sur la santé</i> , vise à assurer que chaque régime d'assurance-santé provincial et territorial soit géré sans but lucratif par une autorité publique qui est responsable devant le gouvernement provincial ou territorial pour cette gestion, et qui est assujettie à la vérification publique de ses comptes et de ses opérations financières.
Condition de reconnaissance	En vertu de l'article 13(b) de la <i>Loi canadienne sur la santé</i> , les gouvernements des provinces et des territoires doivent faire état du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS) dans tout document public ou toute publicité sur les services de santé assurés et les services complémentaires de santé dans la province ou le territoire.
Demandeur du statut de réfugié	Personne n'ayant pas la nationalité canadienne qui est entrée au Canada et qui demande le statut de réfugié selon la <i>Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés</i> . Si la Commission de l'immigration et du statut de réfugié détermine qu'un demandeur est un réfugié au sens de la <i>Convention de 1951 des Nations Unies relative au statut des réfugiés</i> , cette personne peut alors demander le statut de résident permanent.
Entente de facturation réciproque des soins hospitaliers	Entente bilatérale conclue entre deux provinces, ou une province et un territoire, ou deux territoires qui permet le traitement réciproque de demandes de remboursement de la province ou du territoire pour des services hospitaliers offerts à des malades hospitalisés et externes. En vertu d'une telle entente, les services hospitaliers assurés sont payables aux taux approuvés de la province ou du territoire d'accueil ou comme il a été convenu par les parties en cause et le Comité de coordination des ententes interprovinciales en assurance-santé (CCEIAS).
Entente de facturation réciproque des soins médicaux	Entente bilatérale conclue entre deux provinces, ou une province et un territoire, ou deux territoires qui autorise le traitement réciproque de demandes de remboursement pour des services médicaux reçus en dehors de la province ou du territoire d'origine et fournis par un médecin autorisé. Lorsqu'une telle entente existe, le service médical assuré est payable selon le taux approuvé par la province ou le territoire de résidence du patient.
Établissement de chirurgie externe	Établissement de soins de santé qui fournit à des malades externes des services de chirurgie de courte durée (chirurgie d'un jour).
Établissement de chirurgie privé	Établissement de soins de santé privé offrant des services de chirurgie.
Établissement de diagnostic privé	Établissement de soins de santé du secteur privé offrant des services de laboratoire et de radiologie, et d'autres services de diagnostic.
Établissement de soins actifs	Établissement de santé où sont fournis des soins ou des traitements aux patients souffrent d'une maladie aiguë ou dont l'état de santé est grave.
Établissement de soins de longue durée	Établissement de soins de santé qui fournit des services médicaux continus et de longue durée à des malades hospitalisés. Les établissements de soins de longue durée ne comprennent pas les maisons de repos.

Terme	Explication
Établissement de soins de santé	Un établissement de soins de santé est un bâtiment ou groupe de bâtiments faisant partie d'une structure organisationnelle commune qui loge le personnel de la santé et de l'équipement médical pour la prestation de services de soins de santé (par ex., diagnostic, chirurgie, soins actifs, soins de longue durée, soins dentaires, physiothérapie) à l'ensemble de la population ou à un groupe particulier de personnes ou de résidents.
Établissement de soins de santé privé (à but lucratif)	Établissement de soins de santé privé qui distribue des dividendes à ses propriétaires, actionnaires, exploitants ou membres, ou qui partage les profits avec eux.
Établissement de soins de santé privé (sans but lucratif)	Établissement de soins de santé privé qui est reconnu comme un organisme sans but lucratif en vertu des lois du gouvernement fédéral, ou du gouvernement provincial ou territorial où se situe l'établissement.
Établissement de soins de santé public	Établissement de soins de santé situé au Canada et administré par le secteur public, qui offre des services de santé assurés par le régime d'assurance-santé de la province ou le territoire à des malades externes et hospitalisés.
Financement des programmes établis (FPÉ)	<p>Adoptée en 1977, la <i>Loi sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur le financement des programmes établis</i>, également connue sous le nom de Loi FPÉ, a remplacé les programmes fédéraux de partage des frais déboursés par les provinces et territoires pour les services médicaux et hospitaliers assurés et pour l'enseignement post-secondaire.</p> <p>Le FPÉ était un transfert global dont la croissance annuelle était lié à la croissance économique et démographique. En vertu du FPÉ, des transferts de fonds et des transferts fiscaux étaient consentis aux provinces et aux territoires pour financer les services de santé et d'enseignement post-secondaire. Les transferts fiscaux étaient calculés d'après la valeur des points d'impôt transférés par le gouvernement fédéral aux gouvernements des provinces et des territoires en 1977.</p> <p>En 1995-1996, la dernière année du FPÉ, les gouvernements des provinces et des territoires ont reçu 22 milliards de dollars au titre du FPÉ (transferts de fonds et transferts fiscaux confondus), dont 71,2 pourcent pour les soins de santé et le reste pour l'enseignement post-secondaire.</p> <p>En 1996, le FPÉ a été remplacé par le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS).</p>
Frais modérateur	D'après l'article 2 de la <i>Loi canadienne sur la santé</i> , les frais modérateurs sont des frais d'un service de santé assuré autorisés ou permis par un régime provincial ou territorial d'assurance-santé mais non payables, soit directement soit indirectement, au titre d'un régime provincial ou territorial d'assurance-santé, à l'exception des frais imposés par surfacturation. Voir aussi l'explication pour surfacturation.
Frais de fournitures médicales	Frais admis sous le régime d'assurance-santé d'une province ou d'un territoire pour des articles comme les tampons d'alcool, les instruments et les fils de sutures qui sont utilisés pour la prestation d'un service médical assuré.

Terme	Explication
Habitant	Voir « Résident ».
Honoraires forfaitaires	Frais imposés par un médecin pour des services non couverts par le régime d'assurance-santé provincial ou territorial, tels les consultations téléphoniques, le renouvellement d'ordonnances par téléphone et la préparation de formulaires et de documents.
Hôpital	D'après l'article 2 de la <i>Loi canadienne sur la santé</i> , les hôpitaux comprennent tout établissement et toute partie d'établissement où sont fournis des soins hospitaliers, notamment aux personnes souffrant de maladie aiguë ou chronique ainsi qu'en matière de réadaptation, à l'exception : des hôpitaux ou institutions destinés principalement aux personnes souffrant de troubles mentaux; et 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.
Imagerie diagnostique	Technique qui décèle ou détermine la présence de diverses maladies et (ou) diverses affections au moyen d'équipement d'imagerie médicale, dont les densitomètres pour la densité minérale de l'os, les mammographes, les appareils d'imagerie par résonance magnétique, le matériel de médecine nucléaire, les appareils à ultrasons, les tomodensitomètres, les appareils de radiographie et les fluoroscopes.
Inscription familiale	Méthode d'inscription à un régime d'assurance-santé fondée sur l'appartenance à une unité familiale.
Intégralité	Condition de la <i>Loi canadienne sur la santé</i> (article 9) qui oblige les régimes provinciaux ou territoriaux d'assurance-santé à couvrir tous les services de santé assurés (hospitaliers, médicaux ou de chirurgie dentaire) et, lorsque la loi de la province ou du territoire le prévoit, les services fournis par d'autres professionnels de la santé.
Lettre « Epp »	<p>En juin 1985, environ un an après l'adoption de la <i>Loi canadienne sur la santé</i> au Parlement, le ministre fédéral de la Santé et du Bien-être social de l'époque, M. Jake Epp, a confirmé la politique fédérale d'interprétation et d'application de la <i>Loi canadienne sur la santé</i> dans une lettre à ses homologues provinciaux et territoriaux.</p> <p>La lettre du ministre Epp a été envoyée à la suite de plusieurs mois de consultation avec les gouvernements provinciaux et territoriaux. La lettre énonce des clarifications de la politique fédérale au sujet des cinq conditions d'octroi, les deux conditions de versement, et les dispositions réglementaires de la Loi. Ces éclaircissements sont utilisés par le gouvernement fédéral dans l'évaluation et l'interprétation de la conformité à la Loi.</p> <p>La lettre Epp demeure une référence importante pour l'interprétation de la Loi. Cette lettre est reproduite à l'Annexe C du <i>Rapport annuel de 2002-2003 sur l'application de la Loi canadienne sur la santé</i>.</p>

Terme	Explication
Lit pour chirurgie d'un jour	Lit d'un établissement de soins de santé affecté aux services de chirurgie à court terme (c'est-à-dire moins de 24 heures).
Lit pour soins de longue durée	Lit affecté aux malades hospitalisés ayant besoin de services médicaux continus et de longue durée.
Lit pour soins de réadaptation	Lit affecté à des malades requérant une hospitalisation pour la prestation de soins de réadaptation (par ex., réadaptation pour traumatisme médullaire ou crânien).
Lit pour soins actifs	Lit d'un établissement de soins de santé réservé à des malades hospitalisés recevant un traitement ou des soins pour une maladie aiguë ou un problème de santé grave.
Lits dotés en personnel	Nombre de lits pour lesquels un établissement de soins de santé dispose de personnel affecté à la prestation de services de santé.
Loi canadienne sur la santé (LCS)	La <i>Loi canadienne sur la santé</i> a reçu la sanction royale le 17 avril 1984, avec l'appui unanime de la Chambre des communes et du Sénat. La Loi, qui remplace la <i>Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques</i> (1957) et la <i>Loi sur les soins médicaux</i> (1968) établit les normes nationales que les régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux doivent respecter afin de recevoir la pleine contribution en espèces du gouvernement fédéral, prévue dans le cadre du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS).
Malade externe	Personne admise dans un hôpital, une clinique ou un autre établissement de santé pour un traitement qui ne requiert pas un séjour d'une nuit.
Malade hospitalisé	Un malade hospitalisé est une personne admise dans un hôpital, une clinique ou un autre établissement de soins de santé pour un traitement qui nécessite l'hospitalisation pour au moins une nuit.
Médecin ayant opté pour le retrait du régime d'assurance-santé	Médecin ayant opté pour le retrait du régime d'assurance-santé de leur province ou territoire, de sorte qu'il facture ses patients directement selon le taux provincial ou territorial. Conformément à l'entente touchant le barème d'honoraires, le régime provincial ou territorial rembourse les patients des médecins ayant opté pour le retrait du régime jusqu'à concurrence du montant prévu par le régime pour les services rendus.
Médecin	D'après l'article 2 de la <i>Loi canadienne sur la santé</i> , un médecin est une personne légalement autorisée à exercer la médecine au lieu où elle se livre à cet exercice.
Médecin ou dentiste participant	Médecin ou dentiste autorisé qui est inscrit à un régime provincial ou territorial d'assurance-santé.
Médecin non participant	Médecin oeuvrant tout à fait indépendamment du régime d'assurance-santé provincial ou territorial. Dans ce cas, ni le médecin ni le patient n'est admissible, en vertu du régime d'assurance-santé provincial ou territorial, à une couverture pour les services rendus ou reçus. Un médecin non participant peut donc fixer ses propres honoraires, lesquels sont payés directement par le patient.

Terme	Explication
Omnipraticien	Un omnipraticien est un médecin autorisé qui exerce la médecine à l'échelle communautaire dans une province ou un territoire et qui renvoie les patients à des spécialistes lorsque le diagnostic posé le justifie. Les omnipraticiens peuvent entre autres offrir les services suivants : consultation, diagnostic, référence, conseils sur les soins de santé et la prévention des maladies, chirurgies mineures et prescription de médicaments.
Pénalités obligatoires	Voir « Retenues obligatoires ».
Pénalités discrétionnaires	Voir « Retenues discrétionnaires ».
Personne assurée	<p>En vertu de la <i>Loi canadienne sur la santé</i>, un « assuré » ou une « personne assurée » est un habitant d'une province ou d'un territoire, à l'exception :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="480 716 984 741">❑ des membres des Forces canadiennes; <li data-bbox="480 762 1382 787">❑ des membres de la Gendarmerie royale du Canada nommés à un grade; <li data-bbox="480 808 1406 896">❑ 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; <li data-bbox="480 917 1422 1026">❑ des habitants de la province ou du territoire 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 ou le territoire pour qu'ils soient admissibles ou aient droit aux services de santé assurés.
Politique fédérale sur les cliniques privées (lettre « Marleau »)	<p>Le 6 janvier 1995, la ministre fédérale de la Santé, M^{me} Diane Marleau, a écrit à chacun de ses homologues provinciaux et territoriaux pour leur communiquer l'interprétation fédérale en ce qui concerne l'inclusion des cliniques privées dans la définition d'« hôpital » dans la <i>Loi canadienne sur la santé</i>. La lettre précisait que 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, y compris les établissements de soins de santé connus sous le nom de « clinique ». Elle les informait également de son intention, après le 15 octobre 1995, de considérer les frais d'établissement chargés aux patients par ces établissements et cliniques comme des frais modérateurs. Toute province ou tout territoire ne respectant pas la politique fédérale sur les cliniques privées était passible d'une pénalité en vertu de la <i>Loi canadienne sur la santé</i>, calculée à partir du 15 octobre 1995. Ces pénalités constituent des retenues sur les transferts de fonds versés mensuellement dans le cadre du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux. L'annexe C du <i>Rapport annuel de 2002-2003 sur l'application de la Loi canadienne sur la santé</i> renferme une copie de cette lettre.</p>

Terme	Explication
Prévention et règlement des différends (PRD)	En avril 2002, les gouvernements provinciaux et territoriaux ont adopté un processus de prévention et de règlement des différends qui s'appliquerait à l'interprétation des principes de la <i>Loi canadienne sur la santé</i> comme le mentionnait l'honorable A. Anne McLellan, ministre fédérale de la Santé, dans une lettre à l'honorable Gary Mar, ministre de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta. Le processus de prévention et de règlement des différends reliés à la <i>Loi canadienne sur la santé</i> engage les gouvernements à continuer de participer activement aux comités fédéraux, provinciaux et territoriaux spéciaux chargés des questions relatives à la <i>Loi canadienne sur la santé</i> et à échanger de l'information entre eux, à discuter et à clarifier les points de désaccord qui se présentent. Pour sa part, Santé Canada continuera de faire les évaluations préalables de mesures et de directives provinciales et territoriales qui lui seront demandées. L'annexe D du <i>Rapport annuel de 2002-2003 sur l'application de la Loi canadienne sur la santé</i> donne une description plus détaillée de ce processus.
Processus de consultation	En vertu de l'article 14(2) de la <i>Loi canadienne sur la santé</i> , le ministre de la Santé doit consulter une province ou un territoire qui présente un manquement potentiel aux cinq conditions d'octroi et aux deux conditions de versement de la Loi avant qu'une retenue discrétionnaire soit imposée à cette province ou à ce territoire.
Produits et services médicaux améliorés	Produits ou services médicaux fournis de pair avec des services assurés. Il s'agit habituellement d'un service ou d'un produit de qualité supérieure qui n'est pas médicalement nécessaire et qui est offert à un patient qui en fait le choix à cause d'une préférence personnelle ou de la commodité du produit.
Radiations	Nombre total de malades hospitalisés et externes qui quittent un établissement de santé à la suite d'une autorisation de sortie, d'un transfert, d'une chirurgie d'un jour ou de leur décès. Les radiations comprennent aussi les nouveau-nés.
Réfugié au sens de la Convention	Un réfugié au sens de la Convention est une personne visée par la définition de réfugié au sens de la <i>Convention de 1951 des Nations Unies relative au statut des réfugiés</i> . Généralement, il s'agit d'une personne qui, ayant quitté son pays d'origine, craint avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de ses opinions politiques ou de son appartenance à un groupe social et ne peut ou, en raison de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de son pays d'origine. Au Canada, la Section du statut de réfugié de la Commission de l'immigration et du statut de réfugié détermine qui est un réfugié au sens de la Convention.
Régime d'assurance-santé	La <i>Loi canadienne sur la santé</i> (article 2) définit un régime d'assurance-santé comme le régime ou les régimes constitués par la loi d'une province ou d'un territoire en vue de la prestation de services de santé assurés, où la notion de « services de santé assurés » relève de cette même Loi (voir la définition de « services de santé assurés » dans le présent lexique).

Terme	Explication
Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs	Le seul règlement en vigueur en vertu de la <i>Loi canadienne sur la santé</i> est le Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs, qui demande aux gouvernements provinciaux et territoriaux de fournir au ministre fédéral de la santé une estimation du montant total de la surfacturation et des frais modérateurs permises dans leur juridiction, avant le début d'un exercice, afin de permettre le prélèvement des retenues obligatoires estimatifs sur les paiements de transfert fédéraux. Le règlement demande aussi aux gouvernements provinciaux et territoriaux de fournir des états financiers indiquant le montant total de la surfacturation et des frais modérateurs effectivement imposé aux patients dans l'exercice afin de réconcilier les retenues avec les montants prélevés. L'annexe B du <i>Rapport annuel de 2002-2003 sur l'application de la Loi canadienne sur la santé</i> renferme le texte de ce règlement.
Rémunération à l'acte	Mode de paiement utilisé par les médecins et reposant sur un barème d'honoraires qui précise le coût de chaque service.
Résident	D'après l'articles 2 de la <i>Loi canadienne sur la santé</i> , un résident ou un habitant est une personne domiciliée et résidant habituellement dans une province ou un territoire, et légalement autorisée à être ou à rester au Canada, à l'exception d'une personne faisant du tourisme ou étant de passage ou en visite dans la province ou le territoire.
Retenues discrétionnaires	Les retenues discrétionnaires sont énoncées dans les articles 14 à 17 de la <i>Loi canadienne sur la santé</i> . En vertu de ces dispositions de la Loi, le ministre fédéral de la Santé peut autoriser, conformément au Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS), une réduction des paiements fédéraux destinés à une province ou à un territoire qui ne satisfait pas aux cinq conditions d'octroi et aux deux conditions de versement énoncées dans la <i>Loi canadienne sur la santé</i> , lorsque ces manquements ne peuvent être autrement résolus par des consultations entre les paliers respectifs de gouvernement. Les montants de ces retenues sont établis en fonction de la gravité du manquement.
Retenues obligatoires	Les provinces et les territoires qui permettent la surfacturation ou l'application de frais modérateurs se verront imposer une retenue obligatoire, d'un montant égal au niveau de la surfacturation ou des frais modérateurs, sur les paiements de transfert fédéraux. Les retenues obligatoires sont décrites dans les articles 20 et 21 de la <i>Loi canadienne sur la santé</i> . En vertu de ces dispositions, le ministre fédéral de la Santé peut autoriser que l'on réduise les paiements de transfert à une province ou à un territoire en vertu du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS) si l'on relève une violation des dispositions relatives à la surfacturation ou aux frais modérateurs, et si l'on ne peut résoudre le problème par la consultation entre les deux paliers de gouvernement.
Service de chirurgie rendu par un médecin	Aux fins du <i>Rapport annuel sur l'application la Loi canadienne sur la santé</i> , un service de chirurgie rendu par un médecin est un service de chirurgie nécessaire sur le plan médical et rendu par un médecin.
Service de diagnostic rendu par un médecin	Aux fins du <i>Rapport annuel sur l'application de la Loi canadienne sur la santé</i> , un service de diagnostic rendu par un médecin est un service médicalement nécessaire fourni par un médecin qui décèle ou détermine la présence de maladies ou de problèmes de santé.

Terme	Explication
Service médical assuré	Voir « Services médicaux ».
Services complémentaires de santé	D'après l'article 2 de la <i>Loi canadienne sur la santé</i> , ces services comprennent : les soins intermédiaires en maison de repos, les soins en établissement pour adultes, les soins à domicile et les soins ambulatoires.
Services de chirurgie dentaire ou Services de chirurgie dentaire assurés	D'après l'article 2 de la <i>Loi canadienne sur la santé</i> , ces services comprennent : tout acte de chirurgie dentaire nécessaire sur le plan médical ou dentaire, accompli par un dentiste dans un hôpital, et qui ne peut être accompli convenablement qu'en un tel établissement.
Services de diagnostic aux malades externes	Ces services comprennent les services de santé qui sont fournis dans un établissement de soins de santé pour un traitement qui ne requiert pas une hospitalisation et qui a pour objet de dépister et/ou d'identifier diverses maladies ou affections.
Services de santé assurés	D'après l'article 2 de la <i>Loi canadienne sur la santé</i> , les services de santé assurés sont les 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.
Services hospitaliers assurés	D'après l'article 2 de la <i>Loi canadienne sur la santé</i> ainsi que la Politique fédérale sur les cliniques privées, les services hospitaliers assurés sont les services fournis dans un hôpital ou une clinique 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 : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> l'hébergement et la fourniture des repas en salle commune ou, si médicalement nécessaire, en chambre privée ou semi-privée; <input type="checkbox"/> les services infirmiers; <input type="checkbox"/> les actes de laboratoires, de radiologie ou autres actes de diagnostic, ainsi que les interprétations nécessaires; <input type="checkbox"/> les produits pharmaceutiques, substances biologiques et préparations connexes administrés à l'hôpital ou la clinique; <input type="checkbox"/> l'usage des salles d'opération, des salles d'accouchement et des installations d'anesthésie, ainsi que le matériel et les fournitures nécessaires; <input type="checkbox"/> le matériel et les fournitures médicaux et chirurgicaux; <input type="checkbox"/> l'usage des installations de radiothérapie; <input type="checkbox"/> l'usage des installations de physiothérapie, et <input type="checkbox"/> les services fournis par les personnes rémunérées à cet effet par l'hôpital ou la clinique.

Terme	Explication
Services médicalement nécessaires	En vertu de la <i>Loi canadienne sur la santé</i> , les régimes provinciaux et territoriaux d'assurance santé doivent fournir tous les services de santé assurés selon les modalités uniformes, si ces services sont médicalement nécessaires pour le maintien de la santé de leurs résidents. La Loi ne définit pas les services médicalement nécessaires. Les régimes provinciaux et territoriaux d'assurance santé en concertation avec les professionnels de la santé, sont entièrement responsables de déterminer quels sont les services médicalement nécessaires pour le maintien de la santé. Si la province ou le territoire détermine qu'un service est médicalement nécessaire, le coût du service doit en être entièrement défrayé par le régime d'assurance-santé publique pour être conforme aux fins de l'application de la Loi. Si un service n'est pas considéré médicalement nécessaire, alors la province ou le territoire n'est pas dans l'obligation d'en défrayer les coûts selon les critères de la Loi.
Services médicaux	D'après l'article 2 de la <i>Loi canadienne sur la santé</i> , les services médicaux sont des services médicalement nécessaires fournis par un médecin.
Soins actifs	Ces soins comprennent les services de santé offerts aux personnes souffrant d'une maladie grave et soudaine, et qui doivent recevoir des soins infirmiers professionnels et être sous observation professionnelle de manière continue. Parmi les exemples de soins actifs, on compte l'observation postopératoire dans une unité de soins intensifs, et les services de soins et d'observation pendant l'attente d'une chirurgie d'urgence.
Soins de longue durée	Soins requis par une personne souffrant d'une maladie chronique ou d'une déficience fonctionnelle (physique ou mentale), qui a traversé la phase aiguë de la maladie, dont les processus vitaux peuvent ou non être stables et qui a besoin d'une gamme de services et de traitements médicaux ne pouvant être fournis que dans un hôpital.
Soins de réadaptation	Ces soins comprennent les services de santé offerts aux personnes ayant besoin d'une aide professionnelle pour restaurer des habiletés physiques et fonctionnelles à la suite d'une maladie ou d'une blessure. Mentionnons à titre d'exemple la thérapie dont a besoin une personne qui se remet d'un accident cérébrovasculaire (par ex., physiothérapie et orthophonie).
Spécialiste	Un spécialiste est un médecin autorisé exerçant la médecine dans une province ou un territoire et dont la tâche principale consiste à poser des diagnostics spécialisés et à offrir des traitements spécialisés. Parmi les spécialités on compte, entre autres, l'anesthésie, la dermatologie, la chirurgie générale, la gynécologie, la médecine interne, la neurologie, la neuropathologie, l'ophtalmologie, la pédiatrie, la chirurgie plastique, la radiologie et l'urologie.
Surfacturation	L'article 2 de la <i>Loi canadienne sur la santé</i> définit la surfacturation comme la facturation de la prestation à une personne assurée par un médecin ou un dentiste d'un service de santé assuré, en excédant par rapport au montant payé ou à payer pour la prestation de ce service au titre du régime provincial ou territorial d'assurance-santé.
Tiers-payeurs	Organismes tels que les commissions d'indemnisation des accidentés du travail, les compagnies d'assurance-santé privées, les régimes d'assurance-santé d'un employeur ou d'autres entités qui remboursent des services de santé assurés à leurs clients ou à leurs employés.

Terme	Explication
Transférabilité	<p>Cette condition de la <i>Loi canadienne sur la santé</i> (article 11) exige que les régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux n'imposent pas de délai minimal de résidence ou de carence supérieur à trois mois aux résidents de la province ou du territoire pour qu'ils soient admissibles ou aient droit aux services de santé assurés. En outre, les régimes doivent couvrir et payer les services assurés fournis aux personnes assurées temporairement absentes de la province ou du territoire, et durant toute période de résidence ou de carence imposée par le régime d'assurance-santé d'une autre province ou d'un autre territoire.</p>
Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS)	<p>Le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS) est le plus important transfert fédéral aux provinces et aux territoires. Il contribue au financement des soins de santé, de l'enseignement post-secondaire, ainsi que de l'aide sociale et des services sociaux. Le TCSPS est entré en vigueur le 1^{er} avril 1996 et a remplacé le Régime d'assistance publique du Canada (RAPC), qui prévoyait un partage des coûts des programmes provinciaux et territoriaux d'aide sociale et de services sociaux, et le Financement des programmes établis (FPE), qui offrait un financement afin de soutenir les soins de santé et l'éducation post-secondaire.</p> <p>Tout comme le Financement des programmes établis, le TCSPS comprend des transferts de fonds et des transferts fiscaux. Ces derniers ont débuté en 1977, lorsque, en vertu du FPE, le gouvernement fédéral a convenu avec les gouvernements provinciaux et territoriaux de réduire ses taux d'imposition du revenu des particuliers et des entreprises afin de permettre aux provinces et aux territoires de hausser leurs taux d'imposition dans la même mesure. En conséquence, des revenus auparavant destinés au gouvernement fédéral ont commencé à aller directement aux gouvernements provinciaux et territoriaux.</p> <p>Le TCSPS donne aux provinces et aux territoires la possibilité de répartir les paiements entre les différents programmes sociaux en fonction de leurs priorités, tout en se conformant aux principes de la <i>Loi canadienne sur la santé</i> et à la condition qu'il n'y ait pas de période de résidence minimale en égard à l'aide sociale.</p>
Universalité	<p>Cette condition de la <i>Loi canadienne sur la santé</i> (article 10) exige qu'au titre d'un régime d'assurance-santé provincial ou territorial, cent pour cent des personnes assurées de la province ou du territoire ait droit aux services de santé assurés prévus par celui-ci, selon des modalités uniformes.</p>
Visites	<p>Les visites renvoient au nombre de fois qu'une personne ou un groupe de personnes sollicite un traitement dans un établissement de soins de santé. Une personne peut effectuer plus d'une visite dans un établissement de santé au cours d'une journée ouvrable.</p>