

 Ce contenu a été archivé le 24 juin 2013.

Information archivée dans le Web

Information archivée dans le Web à des fins de consultation, de recherche ou de tenue de documents. Cette dernière n'a aucunement été modifiée ni mise à jour depuis sa date de mise en archive. Les pages archivées dans le Web ne sont pas assujetties aux normes qui s'appliquent aux sites Web du gouvernement du Canada. Conformément à la [Politique de communication du gouvernement du Canada](#), vous pouvez demander de recevoir cette information dans tout autre format de rechange à la page « [Contactez-nous](#) ».

SANTÉ CANADA EST LE MINISTÈRE FÉDÉRAL CHARGÉ D'AIDER LES CANADIENNES ET LES CANADIENS À CONSERVER ET À AMÉLIORER LEUR SANTÉ. IL EST DÉTERMINÉ À AMÉLIORER LA VIE DE TOUTE LA POPULATION ET À FAIRE DU CANADA L'UN DES PAYS OÙ LES GENS SONT LE PLUS EN SANTÉ AU MONDE, COMME EN TÉMOIGNENT LA LONGÉVITÉ, LES HABITUDES DE VIE ET L'UTILISATION EFFICACE DU SYSTÈME PUBLIC DE SOINS DE SANTÉ.

Publication autorisée par le ministre de la Santé.

Loi canadienne sur la santé – Rapport annuel 2009-2010

est disponible sur Internet à l'adresse suivante :

<http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/cha-lcs-ar-ra/index-fra.php>

Also available in English under the title:

Canada Health Act — Annual Report 2009-2010

La présente publication est également disponible sur demande sur disquette, en gros caractères, sur bande sonore ou en braille.

Pour obtenir plus de renseignements ou des exemplaires supplémentaires, veuillez communiquer avec :

Santé Canada

Indice de l'adresse : 0900C2

Ottawa (Ontario) K1A 0K9

Téléphone : 613-957-2991

Sans frais : 1 866 225-0709

Télécopieur : 613-941-5366

© Sa Majesté la Reine du Chef du Canada, représentée par le ministre de Santé Canada, 2010

Tous droits réservés. Il est interdit de reproduire ou de transmettre l'information (ou le contenu de la publication ou produit), sous quelque forme ou par quelque moyen que ce soit, enregistrement sur support magnétique, reproduction électronique, mécanique, ou par photocopie, ou autre, ou de l'emmagasiner dans un système de recouvrement, sans l'autorisation écrite préalable du ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, Ottawa, Ontario K1A 0S5 ou copyright.droitdauteur@pwgsc.gc.ca.

SC Pub. : 100380

Cat. : H1-4/2010F

ISBN : 978-1-100-95108-9



REMERCIEMENTS

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

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

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

Ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse

Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

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

Santé Manitoba

Santé Saskatchewan

Santé et Mieux-être Alberta

Ministère des Services de Santé de la Colombie-Britannique

Santé et Affaires sociales du Yukon

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

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Nunavut

Il faut également souligner le travail considérable réalisé par notre équipe de production, notamment 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

Remerciements	i
Introduction	1
Chapitre 1 – Aperçu de la Loi canadienne sur la santé	3
Chapitre 2 – Application et conformité	9
Chapitre 3 – Les régimes d’assurance-santé provinciaux et territoriaux en 2009-2010	13
Terre-Neuve-et-Labrador	15
Île-du-Prince-Édouard	25
Nouvelle-Écosse	33
Nouveau-Brunswick	45
Québec	57
Ontario	63
Manitoba	75
Saskatchewan	87
Alberta	99
Colombie-Britannique	109
Yukon	125
Territoires du Nord-Ouest	137
Nunavut	145
Annexe A – Loi canadienne sur la santé et Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs	155
Annexe B – Énoncés de politiques liées à la Loi canadienne sur la santé	177
Annexe C – Processus de prévention et de règlement des différends liés à la Loi canadienne sur la santé	187
Coordonnées des ministères provinciaux et territoriaux de la Santé	(à la fin de ce Rapport)





INTRODUCTION

Le Canada a un système de soins de santé essentiellement financé et administré par l'État. Le système canadien d'assurance-santé est une mosaïque de 13 régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux, et il est conçu pour garantir à tous les habitants admissibles du Canada un accès satisfaisant à des services médicaux et à des services hospitaliers médicalement nécessaires, prépayés, et qu'il n'y a pas de frais associés à la prestation des services de santé assurés.

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

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

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

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

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

Dans l'ensemble, les régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux respectent les critères et les conditions de la *Loi canadienne sur la santé*. Cependant, lorsque des cas possibles de non conformité à la Loi surviennent, Santé Canada met l'accent sur la transparence, la consultation et le dialogue avec les ministères de la Santé provinciaux et territoriaux pour l'application de la Loi. L'imposition de sanctions financières sous forme de déductions des paiements du Transfert canadien en matière de santé n'est considérée qu'en dernier recours, quand toutes les autres options pour régler un différend par la collaboration ont été épuisées. Conformément à l'engagement pris par les premiers ministres dans l'Entente-cadre sur l'union sociale de 1999, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ont convenu par un échange de lettres, en avril 2002, d'un processus de prévention et de règlement des différends liés à la *Loi canadienne sur la santé*. Ce processus a été officialisé dans l'Accord de 2004 des premiers ministres. Malgré les dispositions prévues dans le processus pour le règlement des différends, le ministre fédéral de la Santé reste l'ultime responsable de l'interprétation et de l'application de la *Loi canadienne sur la santé*.

En 2009-2010, les sujets de préoccupation majeurs concernant le respect de la *Loi canadienne sur la santé*

INTRODUCTION

demeuraient les frais exigés des patients et le resquillage pour obtenir des services de santé médicalement nécessaires en clinique privée. Santé Canada en a fait part aux provinces qui permettent ces pratiques.



CHAPITRE 1

APERÇU DE LA LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ

Le chapitre 1 présente la *Loi canadienne sur la santé*, ses exigences, ses principales définitions, ainsi que son règlement et ses dispositions réglementaires. Il comprend également des résumés des lettres sur l'interprétation d'anciens ministres fédéraux de la Santé, soit M. Jake Epp et M^{me} Diane Marleau, à leurs homologues provinciaux et territoriaux, lettres qui sont utilisées 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 l'instrument législatif fédéral qui régit le régime d'assurance-santé public. Elle énonce l'objectif premier de la politique canadienne des soins de santé, qui est « de protéger, de favoriser et d'améliorer le bien-être physique et mental des habitants du Canada et de faciliter un accès satisfaisant aux services de santé, sans obstacles d'ordre financier ou autre ».

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

La *Loi canadienne sur la santé* a pour objet de s'assurer que tous les habitants admissibles du Canada ont un accès satisfaisant à des services médicalement nécessaires prépayés, et qu'il n'y a pas de frais associés à la prestation des services de santé assurés.

Principales définitions de la Loi canadienne sur la santé

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

Les **personnes non visées** par la Loi sont les membres des Forces canadiennes et de la Gendarmerie royale du Canada et les détenus des pénitenciers fédéraux.

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

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

Selon la définition donnée dans la Loi, les **services médicaux assurés** sont les services médicalement nécessaires fournis par un médecin. Les services médicalement nécessaires sont généralement déterminés par les médecins de concert avec le régime d'assurance-santé de leur province ou territoire.

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

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

EXIGENCES DE LA LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ

La *Loi canadienne sur la santé* renferme neuf exigences auxquelles les provinces et les territoires doivent satisfaire pour avoir droit à la pleine contribution pécuniaire au titre du Transfert canadien en matière de santé, c'est-à-dire :

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

Les critères

1. Gestion publique (article 8)

Le critère de gestion publique, défini à l'article 8 de la *Loi canadienne sur la santé*, s'applique aux régimes d'assurance-santé des provinces et des territoires. L'objet de ce critère est que les régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux soient gérés sans but lucratif par une autorité publique responsable devant le gouvernement provincial ou territorial de ses décisions sur les niveaux de services et les services eux-mêmes, et assujettie à la vérification publique de ses comptes et de ses dossiers. Cependant, le critère n'empêche pas l'autorité publique de sous-traiter les services administratifs nécessaires pour gérer les régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux.

Le critère de gestion publique vise uniquement l'administration des régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux et n'empêche pas les fournisseurs ni les établissements privés de fournir des services de santé assurés, à la condition que des frais pour ces services ne soient pas imposés aux habitants admissibles.

2. Intégralité (article 9)

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

3. Universalité (article 10)

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

Les nouveaux arrivants au Canada, comme les immigrants ou les Canadiens qui rentrent au pays après un séjour à l'étranger, peuvent être assujettis à un délai de carence d'au plus trois mois, imposé par la province ou le territoire, avant d'être admissibles aux services de santé assurés.

4. Transférabilité (article 11)

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

Les habitants qui s'absentent temporairement de leur province ou territoire d'origine 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 territoire d'origine pour une durée déterminée sans que cela affecte leur couverture par le régime d'assurance-santé.

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

Lorsque des assurés s'absentent temporairement pour aller dans une autre province ou un autre territoire, le critère de transférabilité exige que les services assurés soient payés selon les tarifs de la province d'accueil. Lorsque des assurés quittent temporairement le pays, les services assurés doivent être payés selon les tarifs de la province d'origine.

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

5. Accessibilité (article 12)

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

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

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

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

Les conditions

1. Renseignements [alinéa 13a)]

Aux fins de la Loi, les administrations provinciales et territoriales sont tenues de communiquer au ministre de la Santé les renseignements dont il peut normalement avoir besoin concernant les services de santé assurés et les services complémentaires de santé.

2. Reconnaissance [alinéa 13b)]

Les administrations provinciales et territoriales doivent faire état des contributions financières fédérales aux services de santé assurés et aux services complémentaires de santé.

Surfacturation et frais modérateurs

Les dispositions de la *Loi canadienne sur la santé* qui visent à prévenir la surfacturation et l'imposition de frais modérateurs pour les services de santé assurés dans une province ou un territoire sont énoncées aux articles 18 à 21 de la Loi. S'il peut être confirmé qu'il y a de la surfacturation ou des frais modérateurs dans une province ou un territoire, la Loi exige qu'une déduction soit faite à même le transfert fédéral en espèces destiné à cette province ou à ce territoire. Le montant de la déduction pour un exercice est déterminé par le ministre fédéral de la Santé d'après les 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)

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

Frais modérateurs (article 19)

La Loi définit les frais modérateurs comme tous les frais d'un service de santé assuré autorisés ou permis par un régime d'assurance-santé provincial ou territorial mais non payables par le régime, à l'exception des frais imposés par surfacturation. Par exemple, si un patient se voit imposer des frais pour un service assuré reçu dans un hôpital ou une clinique, ces frais sont réputés être des frais modérateurs. Les frais modérateurs ne sont pas permis par la Loi et, comme la surfacturation, ils constituent un obstacle à l'accès.

AUTRES ÉLÉMENTS DE LA LOI

Règlements (article 22)

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

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

Jusqu'à présent, le seul règlement pris en application de la Loi est le Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs, qui exige que les provinces et les territoires fournissent une estimation des montants surfacturés et des frais modérateurs avant le début de l'exercice de sorte que les pénalités applicables puissent être imposées. Il leur prescrit également de fournir les états financiers indiquant les montants réellement facturés de sorte que les rapprochements avec les frais estimatifs puissent être faits. (Une copie du Règlement figure à l'annexe A).

Pénalités prévues par la Loi canadienne sur la santé

Pénalités obligatoires

Aux termes de la Loi, les provinces et les territoires qui autorisent la surfacturation et les frais modérateurs

s'exposent à une déduction obligatoire d'un montant équivalent à leurs paiements de transfert fédéraux au titre du Transfert canadien en matière de santé. Autrement dit, s'il a été établi qu'une province ou un territoire a autorisé une surfacturation de 500 000 \$ de la part de médecins, la contribution pécuniaire fédérale destinée à cette province ou à ce territoire sera réduite du même montant.

Pénalités discrétionnaires

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

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

PERSONNES ET SERVICES EXCLUS

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

- les services qui ne sont pas des services de santé assurés au sens de la Loi;
- certains groupes de personnes et certains services qui ne sont pas des assurés ou des services assurés au sens de la Loi.

Ces exclusions sont traitées ci-dessous.

Services de santé non assurés

En plus des services médicaux et hospitaliers médicalement nécessaires qui sont couverts aux termes de la *Loi canadienne sur la santé*, les provinces et les territoires offrent une gamme de services et de programmes non visés par la Loi. Ces services et programmes sont fournis à la discrétion des administrations provinciales et territoriales, selon leurs propres conditions, et peuvent varier d'une administration à l'autre. Parmi les services

supplémentaires possiblement offerts, mentionnons l'assurance-médicaments, les services ambulanciers et les services d'optométrie.

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

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

Personnes exclues

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

Par ailleurs, d'autres catégories d'habitants, notamment les immigrants et les Canadiens qui rentrent au pays après un séjour à l'étranger peuvent être assujettis à un délai de carence imposé par une province ou un territoire. La Loi stipule que ce délai ne peut dépasser trois mois.

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

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

LETTRES SUR L'INTERPRÉTATION DES POLITIQUES

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

Lettre Epp

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

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

Lettre Marleau – Politique fédérale sur les cliniques privées

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

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

Le 6 janvier 1995, la ministre fédérale de la Santé d'alors, Diane Marleau, a écrit à tous les ministres provinciaux et territoriaux de la Santé pour annoncer la nouvelle politique fédérale sur les cliniques privées.

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

PROCESSUS DE PRÉVENTION ET DE RÈGLEMENT DES DIFFÉRENDS

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

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

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

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

L'annexe C renferme une copie de la lettre de la ministre McLellan.

Vous trouverez, sur le site <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/medi-assur/faq-fra.php>, un document regroupant les réponses aux questions posées fréquemment au sujet de la *Loi canadienne sur la santé*.



CHAPITRE 2

APPLICATION ET CONFORMITÉ

APPLICATION

Le ministre fédéral de la Santé applique la *Loi canadienne sur la santé* avec l'aide du personnel de l'administration centrale et des bureaux régionaux de Santé Canada et celle du ministère de la Justice.

Santé Canada collabore avec les provinces et les territoires afin d'assurer le respect des principes énoncés dans la Loi et s'efforce constamment de résoudre les problèmes par la consultation et la coopération.

La Division de la Loi canadienne sur la santé

La Division de la *Loi canadienne sur la santé* de Santé Canada est chargée d'appliquer la Loi. Les fonctionnaires de la Division à Ottawa et leurs collègues des bureaux régionaux du Ministère ont pour fonctions permanentes :

- de surveiller et d'analyser les régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux pour en vérifier la conformité aux critères et aux conditions de la Loi et à ses dispositions concernant la surfacturation et les frais modérateurs;
- de diffuser des renseignements à propos de la Loi et des programmes d'assurance-santé publics au Canada;
- de répondre aux demandes de renseignements concernant la Loi et aux questions relatives à l'assurance-santé, reçues par téléphone, par courrier ou par Internet de la part du public, de députés, de ministères, d'organismes intéressés ou des médias;
- de créer et d'entretenir des liens et des partenariats officiels et officieux avec les responsables de la santé au sein des gouvernements provinciaux et territoriaux pour favoriser l'échange de renseignements;

- de rédiger et de produire le Rapport annuel sur l'application de la *Loi canadienne sur la santé*;
- d'analyser les enjeux et de faire de la recherche stratégique en vue de donner des avis en matière de politique;
- de collaborer avec les représentants des ministères de la Santé provinciaux et territoriaux par l'entremise du Comité de coordination des ententes interprovinciales en assurance santé (voir ci-dessous);
- de travailler en partenariat avec les provinces et les territoires afin d'examiner et de régler les problèmes de conformité à la Loi et de mener des activités favorisant le respect de la Loi;
- d'informer le ministre en cas d'éventuels manquements à la Loi et de recommander les mesures à prendre pour y remédier.

Comité de coordination des ententes interprovinciales en assurance-santé (CCEIAS)

La Division de la *Loi canadienne sur la santé* préside le Comité de coordination des ententes interprovinciales en assurance-santé (CCEIAS) et lui fournit des services de secrétariat. Créé en 1991, le CCEIAS traite des questions liées à la facturation interprovinciale des services médicaux et hospitaliers, ainsi qu'à l'inscription et à l'admissibilité aux régimes d'assurance santé. Le Comité surveille l'exécution des ententes interprovinciales en assurance-santé, conformément à la *Loi canadienne sur la santé*.

Les dispositions de la Loi concernant la transférabilité au Canada sont appliquées dans le cadre d'une série d'ententes bilatérales entre les provinces et les territoires sur la facturation réciproque des services médicaux et hospitaliers. En général, cela signifie que la carte d'assurance-santé est acceptée en guise de paiement lorsque le patient reçoit des services médicaux ou hospitaliers dans une autre administration provinciale ou territoriale. L'administration qui fournit le service facture directement la province ou le territoire d'origine du patient. Tous les territoires et toutes les provinces ont conclu des ententes réciproques sur les soins hospitaliers et participent, à l'exception du Québec, à des ententes réciproques sur les soins médicaux. Ces ententes font en sorte que les habitants du Canada qui voyagent au pays n'aient pas à payer de frais au point de service lorsqu'ils reçoivent des soins médicaux ou hospitaliers médicalement nécessaires. Toutefois, ces ententes sont conclues par les provinces et les territoires et ne sont pas exigées par la Loi.

Conformité

Pour régler d'éventuels manquements à la Loi, Santé Canada adopte une approche qui privilégie la transparence, la consultation et le dialogue avec les représentants des ministères de la Santé provinciaux et territoriaux. La plupart du temps, les problèmes sont résolus par la consultation et la discussion, grâce à un examen approfondi des faits. Jusqu'à présent, la plupart des différends et des problèmes associés à l'application et à l'interprétation de la *Loi canadienne sur la santé* ont été traités et résolus sans qu'il faille imposer de déductions. Des déductions ne sont appliquées que lorsque toutes les solutions proposées pour régler un problème ont échoué.

Les employés de la Division de la *Loi canadienne sur la santé* et des bureaux régionaux surveillent le fonctionnement des régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux afin de conseiller le ministre sur les manquements possibles à la Loi. Parmi leurs sources d'information, mentionnons les fonctionnaires et les publications des gouvernements provinciaux et territoriaux, les reportages des médias ainsi que la correspondance reçue du public et d'organisations non gouvernementales. Le personnel de l'Unité de l'interprétation des programmes et de la conformité, de la Division de la *Loi canadienne sur la santé*, évalue les problèmes et les plaintes au cas par cas. Ce processus comprend la compilation de l'ensemble des faits et des renseignements reliés à la question, ainsi que l'application des mesures qui s'imposent. La vérification des faits auprès des fonctionnaires provinciaux et territoriaux du secteur de la santé peut révéler des problèmes qui n'ont pas de rapport direct avec la Loi, ou d'autres qui peuvent en avoir, mais qui sont attribuables à un malentendu ou à une mauvaise communication et qui se règlent rapidement avec l'aide des provinces et des territoires, comme l'admissibilité à la couverture des services de santé et la transférabilité de cette couverture à l'intérieur et à l'extérieur du Canada.

Lorsqu'un problème concernant la *Loi canadienne sur la santé* est cerné mais non résolu après les demandes initiales à cet égard, les fonctionnaires de la Division demandent à l'administration visée d'enquêter et de leur faire part de ses conclusions. Le personnel de la Division discute de la question et de la solution possible avec les fonctionnaires provinciaux et territoriaux. Seules les questions qui n'ont pu être réglées à la satisfaction de la Division, selon cette procédure, sont portées à l'attention du ministre fédéral de la Santé.

Problèmes associés à la conformité

Dans l'ensemble, les régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux respectent les critères et les conditions de la *Loi canadienne sur la santé*. Toutefois, certains problèmes et sujets de préoccupation persistent. Les plus importants ont trait aux frais imposés aux patients et au resquillage pour obtenir des services de santé médicalement nécessaires dans des cliniques privées.

La Loi exige que tous les services médicaux et hospitaliers médicalement nécessaires soient couverts par les régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux, qu'ils soient dispensés dans un hôpital ou dans un établissement qui fournit des soins hospitaliers. Le resquillage et les frais imposés aux assurés dans des cliniques de chirurgie privées en Colombie-Britannique pour des services couverts par le régime d'assurance-santé de cette province suscitent des préoccupations. Le resquillage et les frais exigés dans des cliniques de diagnostic privées demeurent aussi problématiques dans certaines provinces où des cliniques privées facturent les patients pour des services médicalement nécessaires et leur permettent de recevoir des services de santé assurés avant d'autres personnes.

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

La *Loi canadienne sur la santé*, entrée en vigueur le 1^{er} avril 1984, réitère l'engagement national à propos du respect des principes originaux du système de soins de santé au Canada, intégrés aux lois précédentes, à savoir la *Loi sur les soins médicaux* et la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques*. Afin de stopper la prolifération de cas d'imposition directe de frais pour des services hospitaliers et médicaux, le gouvernement fédéral a décidé d'instituer des pénalités intégrales obligatoires en cas de surfacturation ou d'imposition de frais modérateurs qui, selon lui, réduisent l'accès de nombreux Canadiens aux soins de santé pour des raisons financières.

De 1984 à 1987, le paragraphe 20(5) de la Loi prévoyait le remboursement des déductions relatives aux frais mentionnés ci-dessus aux provinces qui les auraient éliminés avant le 1^{er} avril 1987. En date du 31 mars 1987, il a été établi que toutes les provinces qui pratiquaient la surfacturation et imposaient des

frais modérateurs avaient pris des mesures satisfaisantes pour éliminer ces pratiques. En conséquence, en juin 1987, un montant total de 244 732 000 \$ en déductions était remboursé au Nouveau Brunswick (6 886 000 \$), au Québec (14 032 000 \$), à l'Ontario (106 656 000 \$), au Manitoba (1 270 000 \$), à la Saskatchewan (2 107 000 \$), à l'Alberta (29 032 000 \$) et à la Colombie Britannique (84 749 000 \$).

À la suite de la période de transition initiale de trois ans de la *Loi canadienne sur la santé*, pendant laquelle les déductions pouvaient être remboursées aux provinces et aux territoires, aucune pénalité en vertu de la Loi n'a été imposée avant l'exercice 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-santé provincial et à faire payer leurs patients directement. Un certain nombre de ces médecins exigeaient un montant supérieur à celui que les patients pouvaient récupérer du régime d'assurance-santé provincial. Ce montant excédentaire constituait une surfacturation aux termes de la Loi. Des déductions, y compris des ajustements pour les années antérieures jusqu'à 1992-1993, ont commencé à être appliquées en mai 1994 et ont cessé en septembre 1995, date d'entrée en vigueur de modifications à la *Medicare Protection Act* de la Colombie-Britannique qui interdisaient la surfacturation par les médecins. Un montant total de 2 025 000 \$ a été déduit de la contribution pécuniaire destinée à la Colombie-Britannique, pour cause de surfacturation de 1992-1993 à 1995-1996. Ces déductions et toutes celles qui ont suivi n'étaient pas remboursables.

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

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

Pareillement, en raison de l'imposition de frais d'établissement dans une clinique d'avortement, un total de 284 430 \$ a été déduit de la contribution pécuniaire accordée à Terre-Neuve-et-Labrador avant l'abolition de ces frais, à compter du 1^{er} janvier 1998.

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

Avec la fermeture d'une clinique privée à Halifax le 27 novembre 2003, il a été établi que la Nouvelle-Écosse se conformait à la Politique fédérale sur les cliniques privées. Avant la fermeture, un total de 372 135 \$ avait été déduit de la contribution pécuniaire destinée à la Nouvelle-Écosse au titre du TCSPS parce que la province n'avait pas couvert les frais d'établissement imposés aux patients bien qu'elle ait payé les honoraires médicaux.

En janvier 2003, la Colombie-Britannique a présenté un état financier, conformément au Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs de la *Loi canadienne sur la santé*, qui indiquait que les montants globaux réels exigés au titre de la surfacturation et des frais modérateurs pendant l'exercice 2000-2001 s'élevaient à 4 610 \$.

Un montant de 4 610 \$ a donc été déduit de la contribution pécuniaire de mars 2003 du TCSPS.

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

Un montant a été déduit des paiements de mars 2005 au titre du Transfert canadien en matière de santé¹ (TCS) versés à trois provinces à la suite d'impositions de frais à des patients en 2002-2003. Une déduction de 72 464 \$ a été appliquée à la Colombie-Britannique. Cette province avait indiqué qu'une surfacturation et des frais modérateurs avaient été appliqués par des cliniques de chirurgie. Une déduction de 1 100 \$ a été appliquée à Terre-Neuve-et-Labrador, en raison de frais imposés aux patients pour un service d'imagerie par résonance magnétique dans un hôpital, et une déduction de 5 463 \$ a été appliquée à la Nouvelle-Écosse à titre de rapprochement pour des déductions déjà appliquées à l'égard de frais imposés à des patients d'une clinique privée de cette province.

En fonction des frais que la province a déclarés à Santé Canada, un montant de 29 019 \$ a été déduit du paiement de mars 2006 au titre du TCS destiné à la Colombie-Britannique à l'égard de la surfacturation pratiquée et des frais modérateurs imposés dans des cliniques de chirurgie en 2003-2004. Un rajustement positif ponctuel de 8 121 \$ en faveur de la Nouvelle-Écosse a été appliqué au paiement de mars 2006 du TCS pour faire concorder

les sommes effectivement exigées sous forme de surfacturation et de frais modérateurs dans une clinique privée avec les pénalités déjà imposées sur la base des estimations provinciales signalées pour l'exercice financier 2003-2004.

En mars 2007, un montant de 114 850 \$ a été déduit du paiement au titre du TCS destiné à la Colombie-Britannique pour la surfacturation pratiquée et les frais modérateurs imposés dans des cliniques de chirurgie en 2004-2005. La déduction a été calculée sur la base des frais que la province avait déclarés à Santé Canada. Un montant de 9 460 \$ a aussi été déduit du paiement de mars 2007 du TCS à la Nouvelle-Écosse pour de la surfacturation pratiquée en 2004-2005. La déduction a été calculée sur la base des frais que la province avait déclarés à Santé Canada.

En raison des frais déclarés par la province à Santé Canada, un montant de 42 113 \$ a été déduit du paiement de mars 2008 du TCS à la Colombie-Britannique pour les frais modérateurs exigés en 2005-2006. Un montant de 66 195 \$ a été déduit du paiement de mars 2009 du TCS à la Colombie-Britannique pour la surfacturation pratiquée et les frais modérateurs imposés au cours de l'exercice 2006-2007, et un montant de 73 925 \$ été déduit du paiement de mars 2010 du TCS à cette province pour la surfacturation pratiquée et les frais modérateurs imposés au cours de l'exercice 2007-2008.

Depuis l'adoption de la *Loi canadienne sur la santé*, d'avril 1984 à mars 2010, un total de 9 159 619 \$ a été déduit des contributions pécuniaires aux provinces en application des dispositions de la Loi concernant la surfacturation et les frais modérateurs. Ce montant exclut les déductions totales de 244 732 000 \$ faites de 1984 à 1987, puis remboursées par la suite aux provinces lorsque la surfacturation et les frais modérateurs ont été éliminés.

1. Le Transfert canadien en matière de santé (TCS), en vigueur depuis le 1^{er} avril 2004, est issu de la division du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS) en deux transferts, à savoir le TCS et le Transfert canadien en matière de programmes sociaux (TCPS).



CHAPITRE 3

LES RÉGIMES D'ASSURANCE-SANTÉ PROVINCIAUX ET TERRITORIAUX EN 2009-2010

Le chapitre suivant présente les 13 régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux qui composent le système public d'assurance-santé au Canada. Il a pour objet de montrer avec clarté et méthode dans quelle mesure les régimes d'assurance-santé des provinces et des territoires ont satisfait aux exigences des critères et conditions de programme de la *Loi canadienne sur la santé* en 2009-2010.

Les fonctionnaires des provinces, des territoires et du gouvernement fédéral ont collaboré afin de produire les descriptions détaillées des régimes qui sont présentées au chapitre 3. Les provinces et les territoires ont tous soumis des descriptions détaillées de leurs régimes d'assurance-santé. Le Québec, lui, a choisi de ne pas fournir les statistiques supplémentaires qui figurent dans les tableaux du rapport de cette année. L'information que Santé Canada a demandée aux ministères de la Santé provinciaux et territoriaux pour le rapport comporte deux volets :

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

L'information présentée dans le premier volet sert au suivi des régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux et au contrôle de leur conformité aux exigences de la *Loi canadienne sur la santé*, tandis que les statistiques permettent de dégager les tendances actuelles et futures relativement au système de soins de santé canadien.

Pour aider les provinces et les territoires qui préparent leur contribution au rapport annuel à le faire conformément à ses exigences, Santé Canada leur a fourni le document intitulé Rapport annuel de 2009-2010 sur l'application de la *Loi canadienne sur la santé* – Guide de mise à jour des présentations (Guide de l'utilisateur). Ce guide vise à aider les provinces et les territoires à satisfaire aux exigences de Santé Canada en matière de rapport. Les modifications qui y sont apportées chaque année découlent de l'analyse, effectuée par Santé Canada, des descriptions des régimes d'assurance-santé tirées des rapports annuels précédents et de l'évaluation ministérielle des nouvelles questions d'intérêt liées aux services de santé assurés.

À la fin du printemps 2010, des téléconférences bilatérales avec chaque province et territoire et l'envoi du Guide de l'utilisateur mis à jour à chacune de ces administrations ont donné le coup d'envoi au processus de production du Rapport annuel sur l'application de la *Loi canadienne sur la santé* de 2009-2010.

DESCRIPTIONS DES RÉGIMES D'ASSURANCE-SANTÉ

Pour le chapitre qui suit, les fonctionnaires provinciaux et territoriaux ont été priés de fournir une description de leur régime d'assurance-santé. Ces descriptions respectent les critères de programme énoncés dans la *Loi canadienne sur la santé* pour montrer comment les régimes satisfont aux critères de la Loi. Pour le rapport de 2009-2010, la section 7 sur les services complémentaires de santé a été retirée afin de réduire la quantité de renseignements sur les services de santé fournis par les régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux.

La description comporte aussi des renseignements sur les moyens pris par chaque administration pour reconnaître, comme l'exige la *Loi canadienne sur la santé*, la contribution financière du gouvernement fédéral aux services de santé assurés et aux services complémentaires de santé.

Statistiques sur les régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux

En 2003-2004, la partie du rapport annuel consacrée aux statistiques fournies par les provinces et les territoires a été simplifiée et rationalisée à partir des commentaires reçus des fonctionnaires provinciaux et territoriaux et à la lumière d'un examen de la qualité et de la disponibilité des données. La présentation a été rationalisée de nouveau pour le rapport de 2006-2007.

Dans le rapport de 2009-2010, les tableaux ont été de nouveau rationalisés de façon à mettre l'accent sur les nombres totaux de médecins et d'installations. Les statistiques supplémentaires figurent à la suite de la description du régime de chaque province et territoire, à l'exception de celles du Québec.

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

Les tableaux statistiques renferment des données sur les ressources et les coûts reliés aux services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire assurés, par province et territoire, pour cinq exercices consécutifs se terminant le 31 mars 2010. Toute l'information provient de fonctionnaires provinciaux et territoriaux.

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

ORGANISATION DES RENSEIGNEMENTS

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

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

Services hospitaliers assurés fournis dans la province ou le territoire : Les statistiques dans cette sous-section concernent la prestation de services hospitaliers assurés

aux résidents de la province ou du territoire et aux visiteurs provenant d'autres régions du Canada.

Services hospitaliers assurés fournis aux résidents dans une autre province ou un autre territoire :

Les statistiques dans cette sous-section ont trait aux services hospitaliers assurés reçus à l'extérieur de la province ou du territoire qui sont payés par l'administration d'origine du résident lorsqu'il se déplace ailleurs au Canada.

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

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

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

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

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



TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR

INTRODUCTION

La plupart des services de santé publics de Terre-Neuve-et-Labrador sont assurés par quatre régies régionales de la santé. Ces dernières régissent tout le continuum des soins, dont la promotion et la protection de la santé, la santé publique, les services communautaires, les soins de courte durée et les soins de longue durée.

À Terre-Neuve-et-Labrador, environ 20 000 fournisseurs et administrateurs de services en soins de santé offrent des services de santé à environ 520 000 habitants (selon le recensement de 2006).

Le budget de 2009-2010 comportait des investissements importants dans les services de santé et de bien-être. Une somme de 2,7 milliards de dollars a été allouée aux activités du secteur de la santé, un investissement record, supérieur de plus de 10 % à celui de l'année précédente. Cette somme a été notamment affectée au traitement et à la prévention du cancer, aux infrastructures de santé, à de nouvelles constructions et à des réaménagements, ainsi qu'à l'achat de nouveaux équipements médicaux. Le programme d'aide pour le transport des malades a été renforcé, de nouveaux centres de dialyse ont été établis et les services de santé mentale et de traitement des toxicomanies ont bénéficié d'investissements considérables. De plus, des changements importants ont été apportés au système de soins de longue durée et de soutien social de la province.

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 sont l'assurance-hospitalisation et l'assurance-santé. Ils sont sans but lucratif et administrés par un organisme public.

La *Hospital Insurance Agreement Act* est la loi qui régit le régime d'assurance-hospitalisation. Elle confère au ministre de la Santé et des Services sociaux le pouvoir d'établir des règlements visant la prestation de services assurés aux habitants de la province, selon des modalités uniformes, en application des dispositions de la *Loi canadienne sur la santé* et de son règlement.

La *Medical Care Insurance Act* (1999) habilite le ministre à administrer un régime d'assurance-santé pour les habitants de la province. Elle prévoit l'élaboration de règlements, de sorte que ses dispositions continuent d'être conformes à celles de la *Loi canadienne sur la santé* relativement à l'administration du régime d'assurance-santé.

Le régime d'assurance-santé facilite la prestation de soins médicaux complets à tous les habitants de la province par l'adoption de politiques, de procédures et de systèmes qui permettent de rémunérer comme il se doit les prestataires de services professionnels assurés. Le régime d'assurance-santé est mis en application en conformité avec les dispositions de la *Medical Care Insurance Act* (1999) et de son règlement et de la *Loi canadienne sur la santé*.

Aucune modification n'a été apportée en 2009-2010 à la *Medical Care Insurance Act* (1999) ni à la *Hospital Insurance Agreement Act*.

1.2 Liens hiérarchiques

Le Ministère a pour mandat d'administrer les régimes d'assurance-hospitalisation et d'assurance-santé. Il rend des comptes sur ces régimes au moyen des processus législatifs prévus, comme les comptes publics et le comité des prévisions budgétaires de la Chambre d'assemblée.

Le Ministère a présenté son rapport annuel pour 2009-2010 ainsi que ceux des quatre régies régionales de la santé à la Chambre d'assemblée à l'automne 2010.

Le rapport annuel du Ministère montre les réalisations de 2009-2010 et donne un aperçu des initiatives et des programmes dont l'élaboration se poursuivra en 2010-2011. Le rapport est un document public et il est transmis aux intéressés. Il sera affiché sur le site Web du Ministère, à l'adresse suivante : www.health.gov.nl.ca/health (en anglais seulement).

1.3 Vérification des comptes

Chaque année, le vérificateur général de la province effectue une vérification indépendante des comptes

publics provinciaux. Les dépenses du régime d'assurance-santé font partie des comptes publics. Le vérificateur général dispose d'un accès complet et sans restriction aux dossiers du régime d'assurance-santé.

Les quatre régions régionales de la santé sont soumises à des vérifications de leurs états financiers, à des examens et à des vérifications de la conformité. Les vérifications des états financiers sont effectuées par des cabinets de vérificateurs indépendants choisis par les régions de la santé, conformément à la *Public Tendering Act*. Les missions d'examen, les vérifications de la conformité et les vérifications auprès des médecins sont effectuées par le personnel du Ministère, sous le régime de la *Medical Care Insurance Act* (1999). Les dossiers des médecins et ceux des associations professionnelles de médecins ont été examinés pour vérifier si l'information concordait avec les services facturés et si ces derniers sont assurés aux termes du régime d'assurance-santé.

Des vérifications auprès des bénéficiaires ont été effectuées par le personnel du Ministère aux termes de la *Medical Care Insurance Act* (1999). Des fournisseurs individuels sont choisis au hasard, toutes les deux semaines, pour faire l'objet d'une vérification.

2.0 INTÉGRALITÉ

2.1 Services hospitaliers assurés

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

Des services hospitaliers assurés sont fournis à des malades externes ou hospitalisés par 15 hôpitaux, 22 centres de santé communautaire et 14 cliniques communautaires. Les services assurés comprennent : l'hébergement et les repas en salle commune; les services infirmiers; les services de laboratoire et de radiologie, et les autres services de diagnostic; les produits pharmaceutiques, les substances biologiques et les préparations connexes; les fournitures médicales et chirurgicales, les salles d'opération, les salles d'accouchement et les installations d'anesthésie; les services de réadaptation (p. ex. physiothérapie, ergothérapie, orthophonie et audiologie); les consultations externes et d'urgence; les chirurgies d'un jour.

La politique de couverture des services hospitaliers assurés est associée à la politique de couverture des services médicaux assurés. Le ministère de la Santé et des Services communautaires gère l'ajout ou le retrait de services hospitaliers de la liste des services assurés

selon les instructions du ministre. Aucun service n'a été ajouté ni retiré en 2009-2010.

2.2 Services médicaux assurés

La loi habilitante qui régit les services médicaux assurés est la *Medical Care Insurance Act* (1999), qui comprend les règlements d'application suivants :

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

En 2009-2010, la province comptait 1 075 médecins inscrits.

Pour être assuré, un service doit figurer à l'article 3 du *Medical Care Insurance Insured Services Regulations*, être médicalement nécessaire, ou être recommandé par le ministère de la Santé et des Services communautaires. Aucune limite ne s'applique aux services assurés, pour autant que les critères ci-dessus soient respectés.

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

- tous les services fournis en bonne et due forme par des médecins à des bénéficiaires 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 thérapeutiques ou diagnostiques fournis dans des établissements approuvés par une autorité compétente, et qui ne sont pas fournis en vertu de la *Hospital Insurance Agreement Act* et de ses règlements.

Les médecins peuvent décider de ne pas participer au régime d'assurance-santé comme le prévoit le paragraphe 12(1) de la *Medical Care Insurance Act* (1999), à savoir :

- (1) Si un médecin fournissant des services assurés n'est pas un médecin participant, 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 service en question au patient 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 directement le service au patient;
- b) donner au patient à qui il a fourni 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 non participant fournit des services assurés par l'entremise d'une corporation médicale, celle-ci n'est pas soumise à la présente Loi ni au règlement relatif à la prestation de services assurés aux bénéficiaires ou au paiement de ces services. La corporation médicale et le médecin fournissant les services assurés doivent se conformer au paragraphe (1).

En date du 31 mars 2010, aucun médecin ne s'était retiré du régime d'assurance-santé.

Une directive ministérielle est requise pour qu'un service soit ajouté à la liste des services médicaux assurés ou qu'il en soit retranché. Ce processus est géré par le Ministère en consultation avec divers intervenants, dont l'association médicale provinciale et le public. Aucun service n'a été ajouté à la liste des services médicaux assurés ni retiré de celle-ci pendant l'année financière 2009-2010.

2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

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

Les dentistes peuvent se retirer du régime d'assurance-santé, auquel cas ils doivent informer les patients de leur statut de dentiste ayant opté pour le retrait du régime, leur indiquer les frais prévus et leur remettre un relevé des services fournis et des frais facturés. Actuellement, il n'y a qu'un seul dentiste qui s'est retiré du régime.

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

L'inscription d'un service de chirurgie dentaire à la liste des services assurés doit être approuvée par le Ministère.

2.4 Services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

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

S'il est déterminé qu'un service n'est pas couvert par le régime d'assurance-santé, l'utilisation connexe d'installations hospitalières ne sera pas couverte par le régime d'assurance-hospitalisation. Voici une liste des services médicaux non assurés dans le cadre de la *Medical Care Insurance Act* (1999) :

- les conseils que le médecin donne au téléphone à un bénéficiaire;
- la distribution par un médecin de produits médicaux, de médicaments ou d'appareils médicaux, ainsi que la remise ou la rédaction d'une ordonnance médicale;
- la préparation par un médecin de dossiers, de rapports ou de certificats pour un bénéficiaire, ou en son nom, ou toute communication avec un bénéficiaire ou concernant un bénéficiaire;
- les services rendus par un médecin à son conjoint ou à ses enfants;
- les services auxquels un patient a droit en vertu d'une loi du Parlement du Canada, de la province de Terre-Neuve-et-Labrador, d'une autre province ou d'un territoire du Canada ou d'un pays étranger;

- le temps ou les dépenses associés à un déplacement effectué en vue de donner une consultation à un bénéficiaire;
- les services ambulanciers et les autres formes de transport de patients;
- l'acupuncture et tous les actes et services connexes, à l'exclusion de l'évaluation visant à établir le diagnostic de la maladie qui serait traitée par acupuncture;
- les examens qui ne sont pas nécessaires sur le plan médical ou qui sont effectués à la demande d'un tiers, sauf s'ils sont précisés par l'autorité compétente;
- la chirurgie plastique ou toute autre chirurgie à visée purement esthétique, sauf en cas d'indication médicale;
- les témoignages en cour;
- les consultations d'optométristes, d'omnipraticiens et d'ophtalmologistes visant uniquement à déterminer si des lunettes ou des verres de contact doivent être prescrits ou remplacés;
- les honoraires des dentistes, des chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux ou des omnipraticiens pour les extractions dentaires courantes effectuées à l'hôpital;
- les traitements au fluorure chez les enfants de moins de quatre ans;
- l'excision de xanthélasmas;
- la circoncision des nouveau-nés;
- l'hypnothérapie;
- l'examen médical des conducteurs;
- les traitements de l'alcoolisme et des toxicomanies effectués à l'extérieur du Canada;
- les consultations exigées par le règlement de l'hôpital;
- les avortements thérapeutiques pratiqués dans la province dans un établissement non approuvé par le College of Physicians and Surgeons of Newfoundland and Labrador;
- la chirurgie pour changement de sexe, en l'absence de recommandation du Clarke Institute of Psychiatry;
- la fécondation *in vitro* et la stimulation ovarienne avec insémination;
- la reperméabilisation tubaire ou la vasovasostomie;
- les actes chirurgicaux, thérapeutiques ou diagnostiques non fournis dans les établissements autres que ceux figurant à l'annexe de la *Hospitals Act* ou approuvés en vertu de l'alinéa 3d);
- les autres services non prévus à l'article 3 de la Loi.

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

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

Les services de chirurgie dentaire et les autres services non couverts par le programme de chirurgie dentaire sont les honoraires du dentiste, du chirurgien buccal et maxillo-facial ou de l'omnipraticien pour les extractions dentaires courantes effectuées à l'hôpital.

La *Medical Care Insurance Act* (1999) habilite le lieutenant-gouverneur en conseil à prendre des règlements déterminant quels services ne sont pas des services assurés pour l'application de la Loi.

3.0 UNIVERSALITÉ

3.1 Admissibilité

En date du 31 mars 2010, 523 433 personnes étaient inscrites au programme. Les habitants de Terre-Neuve-et-Labrador sont admissibles à la couverture en vertu de la *Medical Care Insurance Act* (1999) et de la *Hospital Insurance Agreement Act*. Aux termes de la *Medical Care Insurance Act* (1999), un « habitant » est une personne légalement autorisée à vivre ou à rester au Canada et qui réside dans la province, ou qui y vit habituellement, à l'exception d'une personne faisant du tourisme, de passage ou en visite dans la province.

Le *Medical Care Insurance Beneficiaries and Inquiries Regulations* (Règlement 20/96) désigne les habitants admissibles à la couverture des régimes. Des règles établies dans le cadre du régime d'assurance-santé garantissent l'application juste et uniforme du Règlement lors du traitement des demandes de couverture. Le régime d'assurance-santé applique la norme suivante : les personnes qui déménagent d'une autre province à Terre-Neuve-et-Labrador deviennent admissibles le premier jour du troisième mois suivant le mois de leur arrivée.

Les personnes suivantes ne sont pas admissibles à la couverture des régimes : les étudiants et les personnes à leur charge qui sont couverts par le régime d'une autre province ou d'un territoire; les personnes à charge d'un habitant de la province, si elles sont couvertes par le régime d'une autre province ou d'un territoire; les réfugiés, les demandeurs du 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 personnes qui font du tourisme, sont de passage ou en visite dans la province ainsi que les personnes à leur charge; les membres des Forces canadiennes et de la Gendarmerie royale du Canada (GRC); les détenus sous responsabilité fédérale; les membres des forces armées d'autres pays stationnés dans la province. Si le statut de ces personnes change, elles doivent satisfaire aux critères d'admissibilité indiqués ci-dessus pour devenir admissibles.

3.2 Autres catégories de personnes

Les travailleurs, les étudiants et les ecclésiastiques étrangers, ainsi que les personnes à charge des membres de l'Organisation du Traité de l'Atlantique Nord (OTAN), sont admissibles à la couverture de l'assurance-santé. Les détenteurs d'un permis ministériel le sont également, sous réserve de l'approbation du régime d'assurance-santé.

4.0 TRANSFÉRABILITÉ

4.1 Période d'attente minimale

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

Les personnes venues de l'étranger qui établissent leur résidence dans la province sont admissibles le jour même de leur arrivée. Les mêmes règles s'appliquent aux membres des Forces canadiennes et de la GRC au moment de la cessation d'emploi et aux personnes libérées de pénitenciers fédéraux. Cependant, pour que la couverture entre en vigueur, ces personnes doivent s'inscrire au régime d'assurance-santé. Les personnes venues de l'étranger qui sont autorisées à travailler dans la province pour une année ou plus sont immédiatement couvertes.

4.2 Couverture durant des absences temporaires au Canada

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

Les articles 12 et 13 du Hospital Insurance Regulations (1996) définissent la transférabilité de la couverture des soins hospitaliers au cours d'absences temporaires au Canada et à l'étranger. La transférabilité de la couverture des soins médicaux au cours d'absences temporaires au Canada ou à l'étranger est définie dans la politique ministérielle. Les politiques d'admissibilité aux services hospitaliers assurés et d'admissibilité aux services médicaux assurés sont liées.

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

Les services médicaux reçus dans une autre province, sauf au Québec, ou dans un territoire sont payés en vertu de l'Entente de facturation réciproque des soins médicaux, aux taux de la province ou du territoire où le service a été rendu. Les réclamations concernant les services médicaux reçus au Québec sont présentées par le patient au régime d'assurance-santé, et le paiement est effectué aux taux en vigueur dans cette province.

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

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

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

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

4.3 Couverture durant des absences temporaires à l'extérieur du Canada

La province offre une couverture à ses habitants pendant leurs absences temporaires à l'étranger. Les services hospitaliers assurés fournis à l'étranger à des malades hospitalisés ou externes sont couverts en cas d'urgence, de maladies subites et d'interventions non urgentes, à

des taux établis. Les services hospitaliers à des malades hospitalisés ou externes fournis à l'étranger peuvent être couverts par le régime s'ils ont été fournis dans un établissement agréé (autorisé ou approuvé par l'autorité compétente de l'État ou du pays). Le montant maximal payable par l'assurance-hospitalisation gouvernementale pour des services hospitaliers assurés fournis à l'étranger à des malades hospitalisés est de 350 \$ par jour, dans le cas d'un hôpital communautaire ou régional, et de 465 \$ par jour, dans le cas d'un hôpital de soins tertiaires (établissement hautement spécialisé). Le taux approuvé pour les services à des malades externes est de 62 \$ par visite, et de 330 \$ par séance d'hémodialyse. Les taux approuvés sont en devise canadienne.

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

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

4.4 Nécessité d'une approbation préalable

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

Si un habitant de la province doit aller à l'étranger pour recevoir des soins hospitaliers spécialisés parce que le service assuré n'est pas offert au Canada, il doit obtenir une autorisation préalable pour recevoir un financement au taux du pays hôte. Les médecins traitants doivent communiquer avec le Ministère pour obtenir une approbation préalable. Si l'approbation préalable est obtenue, le régime provincial d'assurance-santé paiera le coût des services nécessaires aux soins du patient. L'approbation préalable n'est pas accordée dans le cas de traitements à l'extérieur du pays ou non urgents si les services sont offerts dans la province ou ailleurs au Canada. Si les services ne sont pas offerts à Terre-Neuve-et-Labrador, ils sont en général payés en fonction des taux en vigueur en Ontario ou des taux applicables dans la province où ils sont offerts.

5.0 ACCESSIBILITÉ

5.1 Accès aux services de santé assurés

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

Le ministère de la Santé et des Services communautaires travaille en étroite collaboration avec les établissements d'enseignement au sein de la province afin de conserver un nombre adéquat de professionnels de la santé. La province collabore également avec des organismes externes relativement aux professionnels qui n'ont pas été formés dans la province. Des incitatifs de recrutement ciblés sont en place afin d'attirer des professionnels de la santé. Plusieurs programmes ont été mis en œuvre en vue de fournir une prime au moment de la signature, des bourses, des possibilités d'amélioration des compétences et autres mesures incitatives pour une vaste gamme de professions de la santé.

En 2009, un investissement record de 2,6 milliards de dollars a été consenti pour les services de santé et les services sociaux. L'amélioration du traitement des maladies mentales et des toxicomanies, l'amélioration des soins de longue durée et des services de soutien communautaire, le renforcement de la main-d'œuvre en santé ainsi que des investissements dans les équipements et les infrastructures figurent parmi les dépenses réalisées afin de rehausser la qualité des soins dans la province. Mentionnons, entre autres, l'achat d'un nouvel appareil d'imagerie par résonance magnétique et l'ouverture d'un nouvel établissement de soins de longue durée dans la région de l'Est.

Le gouvernement a maintenu son engagement à l'égard de la prise en charge du cancer en mettant en place un nouveau programme de dépistage du cancer colorectal. L'investissement s'élèvera à 4,3 millions de dollars au cours des trois prochaines années.

En date du 31 mars 2010, Terre-Neuve-et-Labrador se situait à l'intérieur des normes nationales en ce qui a trait aux soins cardiaques, à la restauration de la vue et aux soins du cancer de 72,5 % à 100 % du temps, ce qui démontre que les quatre régions régionales fournissent un accès à ces services en respectant d'assez près le calendrier visé. Le nombre et la demande d'interventions chirurgicales visant le remplacement d'articulations à Terre-Neuve-et-Labrador ont augmenté de façon constante au cours des dernières années. Par conséquent, dans la région de l'Est où la demande est la

plus élevée, on peut prévoir que les temps d'attente pour une intervention chirurgicale seront plus longs. La proportion d'interventions chirurgicales visant le remplacement d'articulations réalisées à l'intérieur des normes ciblées varie de 35 % à 100 %.

Le cadre provincial de soins de santé primaires, *Moving Forward Together: Mobilizing Primary Health Care*, continue d'orienter le remodelage des soins de santé primaires à Terre-Neuve-et-Labrador selon un mode de prestation des services fondé sur la santé des populations, et par l'application d'une approche volontaire et progressive. Les services de soins de santé primaires incluent tous les services de santé fournis sur un territoire géographique (population minimale de 6 000 personnes; population maximale de 25 000 personnes) qui vont de la prévention primaire au traitement des maladies aiguës et épisodiques au niveau de prestation des services de soins de santé primaires.

5.2 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 modes de rémunération actuels des médecins pour la prestation des services de santé assurés sont la rémunération à l'acte, à salaire et à forfait ainsi que le paiement à la vacation.

Les ententes sur la rémunération sont négociées entre le gouvernement de la province et la Newfoundland and Labrador Medical Association (NLMA) au nom de tous les médecins. Des représentants des régions régionales de la santé jouent un rôle important dans le processus. L'entente négociée avec l'association médicale provinciale a pris fin en 2009 et les négociations étaient toujours en cours au 31 mars 2010.

5.3 Paiements aux hôpitaux

Le Ministère est responsable du financement des régions régionales de la santé au titre des activités permanentes et de l'acquisition d'immobilisations. Le financement des services assurés est accordé aux régions régionales à titre de budget global annuel. Les paiements sont versés conformément à la *Hospital Insurance Agreement Act* (1990) et à la *Hospitals Act*. Dans le cadre de leurs obligations additionnelles à l'égard du gouvernement, les régions doivent satisfaire aux exigences ministérielles de présentation de rapports annuels, comme les états financiers vérifiés, et d'autres renseignements financiers 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 de l'enveloppe budgétaire dans le cadre de l'exécution de leurs mandats.

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

Les régies régionales de la santé ont constamment des défis à relever parce que la demande croît 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. Elles continuent de collaborer avec le Ministère pour s'attaquer à ces questions et fournir des services de santé efficaces, efficaces et de qualité.

6.0 RECONNAISSANCE ACCORDÉE AUX TRANSFERTS FÉDÉRAUX

Le financement accordé par le gouvernement fédéral au titre du Transfert canadien en matière de santé (TCS) et du Transfert canadien en matière de programmes sociaux (TCPS) a été reconnu et mentionné par le gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador dans le budget provincial annuel, dans des communiqués de presse, sur ses sites Web et dans divers autres documents, notamment, pour 2009-2010, dans les documents suivants :

- Comptes publics de 2009-2010
- Budget des dépenses de 2009-2010
- Exposé budgétaire de 2009

Les comptes publics et le budget, que le gouvernement a présentés à la Chambre d'assemblée, sont accessibles aux habitants de Terre-Neuve-et-Labrador et ont été communiqués à Santé Canada à titre d'information.

PERSONNES INSCRITES					
	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
1. Nombre en date du 31 mars (#).	545 160	545 629	506 530 ¹	514 470	523 433

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE					
Établissements publics	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
2. Nombre (#).	36	36	50 ²	51	51
3. Paiement des services de santé assurés (\$).	740 235 437	743 680 905	798 018 159	880 628 613	964 078 687
Établissements privés à but lucratif	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
4. Nombre d'établissements privés à but lucratif offrant des services de santé assurés (#).	1	1	1	1	1
5. Paiements aux établissements privés à but lucratif pour des services de santé assurés (\$).	285 475	288 800	307 825	389 375	432 500

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS AUX RÉSIDENTS DANS UNE AUTRE PROVINCE OU UN AUTRE TERRITOIRE					
	2005-2006 ³	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
6. Nombre total de demandes – malades hospitalisés (#).	1 850	1 736	1 910	1 732	1 595
7. Total des paiements – malades hospitalisés (\$).	15 355 713	15 157 341	16 509 144	15 695 411	16 928 930
8. Nombre total de demandes – malades externes (#).	30 762	34 349	34 159	29 758	25 770
9. Total des paiements – malades externes (\$).	5 385 716	6 755 412	6 817 250	7 680 172	7 325 977

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA					
10. Nombre total de demandes – malades hospitalisés (#).	54	60	73	90	94
11. Total des paiements – malades hospitalisés (\$).	112 039	92 683	496 719	368 959	123 890
12. Nombre total de demandes – malades externes (#).	261	345	404	400	317
13. Total des paiements – malades externes (\$).	24 265	934 295 ⁴	651 841	204 973	272 567

1. Terre-Neuve-et-Labrador a complété le processus de réinscription qui a débuté en 2006. Le nombre pour 2007-2008 représente uniquement les habitants réinscrits.

2. Postes d'infirmières et cliniques communautaires non compris dans les rapports précédents.

3. Les lignes 6 à 9 ont été modifiées afin de refléter les ajustements du traitement de dates.

4. Augmentation attribuable aux patients ayant obtenu l'approbation préalable de recevoir des services à l'extérieur du pays.

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE

	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
14. Nombre de médecins participants (#). ⁵	971	985	989	1 037	1 075
15. Nombre de médecins ayant opté pour le retrait du régime d'assurance-santé (#).	0	0	0	0	0
16. Nombre de médecins non participants (#).	0	0	0	0	0
17. Paiements totaux des services médicaux rémunérés pour <u>l'ensemble des méthodes de paiement</u> (\$).	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
18. Total des paiements pour services médicaux rémunérés à l'acte (\$).	180 263 000	182 730 000	189 169 000	199 127 000	211 145 000

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

	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
19. Nombre de services (#).	136 000	139 000	168 000	136 000	147 000
20. Total des paiements (\$).	5 197 000	6 290 000	6 320 000	6 161 000	6 991 000

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA

21. Nombre de services (#).	2 300	2 100	2 300	2 900	3 100
22. Total des paiements (\$).	135 000	130 000	300 000	240 000	157 000

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

	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
23. Nombre de dentistes participants (#).	26	27	25	25	31
24. Nombre de services fournis (#).	2 633	2 044	885	2 995	290
25. Total des paiements (\$).	313 000	123 000	73 000	331 000	28 000

5. Exclut les médecins inactifs. Nombre total de médecins salariés et rémunérés à l'acte.



ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD

INTRODUCTION

Le ministère de la Santé et du Mieux-être est un système de services intégrés qui visent la protection, le maintien et l'amélioration de la santé et du mieux-être des habitants de l'Île-du-Prince-Édouard.

Dans cette province, les services de santé sont actuellement fournis au moyen d'un seul modèle de gestion centralisé au sein du ministère de la Santé et du Mieux-être.

Le Ministère est chargé de fournir divers services de santé aux habitants de l'Île afin de promouvoir et d'aider à optimiser leur état de santé, dont des services de santé publique, des soins primaires, des soins de courte durée, des services hospitaliers communautaires et des soins continus.

Le Ministère est géré par un comité de gestion de la santé présidé par le sous-ministre et composé de directeurs principaux chargés de diriger la gestion globale et les activités courantes du Ministère.

En 2009-2010, un examen du système de santé a été réalisé, et des recommandations visant à assurer la viabilité à long terme des services de santé de l'Île-du-Prince-Édouard ont été formulées. L'un des éléments essentiels de ces travaux était la nouvelle *Health Services Act (2009)* qui, ayant reçu la sanction royale et une fois entré par proclamation, permettra de mettre sur pied un nouvel organisme, Santé Î.-P.-É., dont le mandat sera d'assurer la prestation des services de santé dans la province. La transition devrait débuter en 2010.

1.0 GESTION PUBLIQUE

1.1 Régime d'assurance-santé et autorité publique

Le régime d'assurance-hospitalisation, placé sous l'autorité du ministre de la Santé et du Mieux-être, est le mécanisme de couverture des services hospitaliers

à l'Île-du-Prince-Édouard. La loi habilitante à cet égard est la *Hospital and Diagnostic Services Insurance Act (1988)*, qui assure les services définis à l'article 2 de la *Loi canadienne sur la santé*.

Le ministère de la Santé et du Mieux-être est responsable de la prestation des services et exploite des hôpitaux, des centres de santé, des résidences et des établissements de santé mentale. La Commission de la fonction publique de l'Île-du-Prince-Édouard embauche des médecins, des infirmières et d'autres travailleurs de la santé.

1.2 Liens hiérarchiques

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

1.3 Vérification des comptes

Le vérificateur général de l'Île-du-Prince-Édouard vérifie annuellement les comptes publics de la province, lesquels comprennent des données sur les activités financières, les recettes et les dépenses du ministère de la Santé et du Mieux-être. Le volume I des comptes publics, *Consolidated Financial Statements*, a été publié en novembre 2009, et le volume II, *Operating Fund Financial Statements, Details of Revenues and Expenditures, Financial Statements of Agencies and Crown Corporations*, a été publié en février 2010.

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

2.0 INTÉGRALITÉ

2.1 Services hospitaliers assurés

Les services hospitaliers assurés sont fournis en vertu de la *Hospital and Diagnostic Services Insurance Act (1988)*. Le règlement d'application de cette Loi (1996) définit les services hospitaliers assurés fournis sans frais aux malades hospitalisés et aux malades externes admissibles. Les services hospitaliers assurés sont les suivants : les services de soins infirmiers nécessaires; les services de laboratoire et de radiologie et d'autres services de diagnostic; l'hébergement et les repas au tarif de salle commune; les médicaments inscrits au

formulaire, les produits biologiques et les préparations connexes prescrits par un médecin traitant et administrés à l'hôpital; l'utilisation des salles d'opération, des salles d'accouchement et des installations d'anesthésie; les fournitures chirurgicales courantes; les services de radiothérapie et de physiothérapie fournis à l'hôpital.

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

2.2 Services médicaux assurés

La loi habilitante qui prévoit la prestation de services médicaux assurés est la *Health Services Payment Act* (1988).

Les services médicaux assurés sont fournis par des médecins autorisés à exercer par le Collège des médecins et chirurgiens. En date du 31 mars 2010, 404 médecins, y compris les suppléants, avaient facturé le régime d'assurance-santé.

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 fournis. Lorsqu'un médecin non participant fournit un service médicalement nécessaire, le paragraphe 10 (2) exige qu'il informe ses patients qu'il ne participe pas au régime d'assurance et qu'il leur donne suffisamment d'information pour qu'ils puissent être remboursés par le ministre de la Santé et du Bien-être.

En vertu de la clause 10.1 de la *Health Services Payment Act*, un médecin ou un praticien participant peut choisir, sous réserve et en application du Règlement et à l'égard d'un patient ou d'un service de santé de base donné, de percevoir des honoraires en dehors du régime ou de se retirer de façon sélective du régime. Il doit alors informer les patients, avant de fournir le service, qu'ils seront facturés directement pour ce service. Lorsque des médecins font un tel choix, ils doivent en informer le ministre, et la totalité des honoraires à l'égard du service fourni est à la charge du patient.

En date du 31 mars 2010, aucun médecin n'avait choisi de se retirer du régime d'assurance-santé.

Tout service de santé de base médicalement nécessaire fourni par un médecin est couvert par le régime

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

L'ajout d'un service médical à la liste des services assurés nécessite des négociations entre le Ministère et la Medical Society. Le processus vise l'élaboration d'un plan d'activités qui, une fois approuvé par le ministre, serait présenté au Conseil du Trésor pour l'approbation du financement. Le Cabinet a le pouvoir final de décision en matière d'ajout de nouveaux services.

2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

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

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 de kilométrage 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'anticoagulation;

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

les téléphones et les téléviseurs; les médicaments, les produits biologiques, les prothèses et les orthèses que le patient utilisera après avoir obtenu son congé de l'hôpital; les extractions dentaires, sauf dans les cas où le patient doit être hospitalisé pour des raisons médicales, sous réserve de l'approbation préalable du Ministère.

La radiation de services du régime d'assurance-santé se fait en collaboration avec la Medical Society et le Ministère. Aucun service n'a été désassuré au cours de l'exercice 2009-2010.

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 un supplément.

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

3.0 UNIVERSALITÉ

3.1 Admissibilité

L'article 3 de la *Health Services Payment Act* et son règlement définissent l'admissibilité aux régimes d'assurance-santé. Les régimes sont conçus pour offrir une couverture aux habitants admissibles de l'Île-du-Prince-Édouard. Le terme habitant (*resident*) désigne toute personne légalement autorisée à demeurer au Canada, qui élit domicile et se trouve ordinairement au moins six mois plus un jour par année à l'Île-du-Prince-Édouard.

Tous les nouveaux habitants doivent s'inscrire auprès du Ministère pour devenir admissibles. Les personnes d'ailleurs au Canada qui s'établissent en permanence 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 habitants qui ne sont pas admissibles à la couverture du régime d'assurance-santé de l'Île-du-Prince-Édouard sont les membres des Forces canadiennes, les membres de la Gendarmerie royale du Canada (GRC), les détenus des pénitenciers fédéraux et ceux ayant droit à certains services dans le cadre d'autres programmes gouvernementaux, tels que l'indemnisation des accidentés du travail et les programmes du ministère des Anciens Combattants.

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

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

Les habitants nouvellement installés à l'Île-du-Prince-Édouard ou qui y reviennent doivent remplir une demande d'inscription du Ministère pour s'inscrire au régime d'assurance-santé. Après vérification de la demande pour s'assurer qu'elle contient toute l'information nécessaire, une carte d'assurance-santé est délivrée puis envoyée à l'habitant dans un délai de deux semaines. Le renouvellement de la couverture se fait tous les cinq ans; les habitants reçoivent un avis par la poste six semaines avant la date de renouvellement.

En date du 31 mars 2010, 143 238 habitants étaient inscrits au régime d'assurance-santé de l'Île-du-Prince-Édouard.

3.2 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.

4.0 TRANSFÉRABILITÉ

4.1 Période d'attente minimale

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

4.2 Couverture durant des absences temporaires au Canada

Les 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 des services assurés en cas de maladie subite ou d'urgence pendant qu'elles sont à l'extérieur de la province, conformément aux dispositions de l'alinéa 5.1 e) 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'affaires. Les personnes qui quittent la province dans ces circonstances doivent en informer le service d'inscription avant leur départ.

L'Île-du-Prince-Édouard participe à l'Entente de facturation réciproque des soins hospitaliers et à l'Entente de facturation réciproque des soins médicaux avec d'autres provinces et territoires du Canada.

4.3 Couverture durant des absences temporaires à l'extérieur du Canada

La *Health Services Payment Act* est la loi habilitante qui définit la transférabilité de l'assurance-santé au cours d'absences temporaires à l'étranger, selon les dispositions de l'alinéa 5.1 e).

Les habitants assurés peuvent s'absenter temporairement du pays pour une période de 12 mois, une fois seulement. Les étudiants qui fréquentent un établissement d'enseignement reconnu dans un autre pays doivent fournir annuellement une preuve de leur inscription délivrée par cet établissement. Les étudiants doivent aviser le service d'inscription à leur retour de l'étranger.

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

En ce qui concerne les habitants qui voyagent à l'extérieur du Canada, la couverture en cas de situation d'urgence ou de maladie subite sera fournie selon les tarifs de l'Île-du-Prince-Édouard uniquement, en

devises canadiennes. La différence entre le montant total facturé et le montant payé par le Ministère est à la charge des habitants.

4.4 Nécessité d'une approbation préalable

Une approbation préalable du Ministère est nécessaire pour recevoir des services médicaux ou hospitaliers non urgents à l'extérieur de la province. Les habitants de l'Île-du-Prince-Édouard qui veulent recevoir de tels services requis peuvent demander une approbation préalable par l'intermédiaire d'un médecin de la province. Une couverture complète peut être accordée pour les services non urgents ou facultatifs (assurés à l'Île-du-Prince-Édouard) si le médecin en fait la demande au Ministère. Il est essentiel d'obtenir une approbation préalable du directeur médical du Ministère 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 fournissent des services selon des modalités uniformes, pourvu qu'ils n'entraient ni n'empêchent l'accès satisfaisant des assurés à ces services.

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

Au cours de la dernière année, un programme de téléradiologie a été mis en œuvre en vue d'aider à réduire les temps d'attente pour les services d'imagerie diagnostique à l'Île-du-Prince-Édouard. De nouvelles unités de mammographie numérique ont également été ajoutées pour accélérer et améliorer les services d'imagerie du sein. De plus, les services d'échocardiogramme ont été augmentés durant la période visée par le rapport.

L'Île-du-Prince-Édouard continue d'investir afin de réduire les temps d'attente pour les principaux services de santé. Un deuxième accélérateur linéaire est maintenant entièrement fonctionnel au Centre de traitement du cancer de l'Île-du-Prince-Édouard, ce qui permettra de traiter plus rapidement et plus adéquatement un plus grand nombre de patients. Dans le cadre du programme de dépistage du cancer du sein de la province, trois nouvelles unités de mammographie numérique ont

aussi été installées afin d'aider à réduire les périodes d'attente de plusieurs mois pour ces services essentiels.

Au cours de la dernière année, plusieurs jalons ont été atteints dans le cadre du grand projet plurianuel de réaménagement de l'hôpital de recours de la province. Les services de blanchisserie et les services d'approvisionnement, au traitement et à la distribution de fournitures médicales ont été déplacés dans de nouveaux locaux plus grands, situés sous le nouveau service d'urgence qui ouvrira sous peu. De plus, le Centre de traitement du cancer de l'Île-du-Prince-Édouard a été agrandi afin de permettre l'installation d'un deuxième accélérateur linéaire. Les travaux de préparation du site pour les soins ambulatoires ont également débuté dans le cadre du réaménagement du Queen Elizabeth Hospital.

Durant les douze derniers mois, plusieurs projets de construction, de rénovation et d'agrandissement ont été réalisés dans des hôpitaux communautaires et des centres de santé. Parmi ces projets, mentionnons la rénovation du service d'urgence du Kings County Memorial Hospital, la construction de nouveaux centres de santé à Tyne Valley et à O'Leary et l'agrandissement de l'aile Margaret Stewart Ellis de l'hôpital communautaire d'O'Leary.

Le programme de résidence en médecine familiale de l'Île-du-Prince-Édouard a offert des possibilités de formation continue aux diplômés des facultés de médecine qui veulent devenir médecins de famille. L'objectif est de mieux intégrer nos étudiants en médecine de afin qu'ils souhaitent demeurer et exercer leur profession dans la province. Cinq résidents en médecine familiale participent actuellement à un programme de formation de deux ans dans la province.

Étant donné que l'Île-du-Prince-Édouard est principalement une province rurale dont un vaste segment de la population réside à l'extérieur des grands centres de services, l'accès local aux services de santé, y compris aux soins de courte durée fournis par des hôpitaux communautaires et des centres de santé, est important pour les petites communautés. La province continue de développer les infrastructures de santé nécessaires à la prestation des services de santé dans les communautés rurales.

5.2 Rémunération des médecins

La rémunération des médecins est établie selon un processus de négociation collective. Les médecins et le gouvernement nomment les membres de leurs équipes de négociation pour que leurs intérêts respectifs soient représentés. L'entente-cadre de trois ans avec les médecins conclue entre d'une part, la Medical Society de

l'Île-du-Prince-Édouard, au nom des médecins de la province, et d'autre part, le gouvernement provincial, était en vigueur du 1^{er} avril 2007 au 31 mars 2010. Elle demeurera en vigueur jusqu'à ce qu'une nouvelle entente soit établie.

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

Bon nombre de médecins sont encore rémunérés à l'acte. Toutefois, d'autres modes de paiement sont apparus : certains médecins sont salariés, contractuels ou rémunérés à la vacation. Ces autres modes de rémunération sont de plus en plus courants et semblent être privilégiés par les nouveaux diplômés. Actuellement, la rémunération fondée sur un autre mode de paiement (autre que la rémunération à l'acte) constitue le principal mode de rémunération pour plus de 65 p. 100 des médecins de l'Île-du-Prince-Édouard.

5.3 Paiements aux hôpitaux

Les paiements (avances) aux hôpitaux provinciaux et aux hôpitaux communautaires au titre des services hospitaliers sont approuvés par le Ministère en

fonction des besoins de trésorerie et assujettis aux niveaux budgétaires approuvés.

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

6.0 RECONNAISSANCE ACCORDÉE AUX TRANSFERTS FÉDÉRAUX

Le gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard s'efforce de reconnaître les contributions versées par le gouvernement fédéral au titre du Transfert canadien en matière de santé quand il convient de le faire. Au cours de la dernière année, il l'a fait dans des documents publics comme le *Budget annuel de 2009-2010 de la province*, de même que dans ses *Comptes publics de 2009-2010*, qui ont tous deux été déposés à l'Assemblée législative et mis à la disposition des habitants de l'Île-du-Prince-Édouard.

Le ministère de la Santé et du Mieux-être a également l'intention de souligner cette importante contribution dans son *Rapport annuel de 2009-2010*.

PERSONNES INSCRITES					
	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
1. Nombre en date du 31 mars (#).	144 159	145 047	146 518	142 305	143 238

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE					
Établissements publics	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
2. Nombre (#).	7	7	7	7	7
3. Paiement des services de santé assurés (\$).	129 976 900 ¹	137 365 100 ¹	143 254 200 ¹	147 295 500 ¹	160 551 000 ¹
Établissements privés à but lucratif	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
4. Nombre d'établissements privés à but lucratif offrant des services de santé assurés (#).	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.
5. Paiements aux établissements privés à but lucratif pour des services de santé assurés (\$).	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS AUX RÉSIDENTS DANS UNE AUTRE PROVINCE OU UN AUTRE TERRITOIRE					
	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
6. Nombre total de demandes – malades hospitalisés (#).	2 187	2 003	2 253	2 591	2 692
7. Total des paiements – malades hospitalisés (\$).	16 463 548	17 510 188	19 448 899	20 582 454	26 099 326
8. Nombre total de demandes – malades externes (#).	15 547	15 675	17 867	18 488	17 147
9. Total des paiements – malades externes (\$).	3 225 803	3 345 624	4 292 114	5 290 630	5 385 508

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA					
10. Nombre total de demandes – malades hospitalisés (#).	25	35	28	34	46
11. Total des paiements – malades hospitalisés (\$).	69 391	105 268	49 616	113 901	157 547
12. Nombre total de demandes – malades externes (#).	91	96	137	122	127
13. Total des paiements – malades externes (\$).	17 084	16 179	27 533	33 919	65 114

1. Il s'agit de prévisions budgétaires et non de données réelles.

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE

	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
14. Nombre de médecins participants (#). ²	211	228	221	256	240
15. Nombre de médecins ayant opté pour le retrait du régime d'assurance-santé (#).	0	0	0	0	0
16. Nombre de médecins non participants (#).	s.o.	0	0	0	0
17. Paiements totaux des services médicaux rémunérés pour l'ensemble des méthodes de paiement (\$).	40 027 386	56 063 644 ³	61 974 581 ³	61 445 780 ³	72 874 951 ³
18. Total des paiements pour services médicaux rémunérés à l'acte (\$).	35 226 215	34 543 095	34 973 359	41 123 808	45 959 450

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

	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
19. Nombre de services (#).	54 269	73 399	77 992	77 830	79 139
20. Total des paiements (\$).	4 674 004	5 221 586	6 035 626	5 998 751	6 386 325

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA

21. Nombre de services (#).	534	746	562	1 053	786
22. Total des paiements (\$).	15 844	27 899	23 979	52 601	39 137

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

	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
23. Nombre de dentistes participants (#).	3	3	3	3	3
24. Nombre de services fournis (#).	303	442	364	424	451
25. Total des paiements (\$).	115 918	106 708	95 749	149 794	171 901

2. Le total ne comprend pas les suppléants ni les spécialistes itinérants.

3. Le nombre de services correspond au nombre total de transactions consignées dans tous les dossiers.



NOUVELLE-ÉCOSSE

INTRODUCTION

La mission du ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse consiste à « travailler en collaboration afin que les individus, les familles, les partenaires et les collectivités soient outillés pour promouvoir, améliorer et maintenir la santé des Néo-Écossais au moyen d'un système de soins de santé proactif et durable. » Les services de santé dispensés en Nouvelle-Écosse doivent donc être intégrés, axés sur la communauté et durables.

La *Health Authorities Act*, chapitre 6 des lois de 2000, a établi les neuf autorités sanitaires de district (ASD) de la province ainsi que leurs services de soutien communautaire, les conseils de santé communautaire (CSC). Les ASD sont chargées de régir, de planifier, de gérer, de fournir et de surveiller les services de santé dans chaque district et d'apporter un soutien aux CSC en matière de planification. Les services dispensés par les ASD sont les suivants : soins de courte durée et tertiaires ainsi que services de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie.

Les trente-sept CSC de la province élaborent des plans de santé communautaire en se fondant sur les soins de santé primaires et la promotion de la santé. Les deux tiers des personnes nommées aux conseils des ASD siègent au CSC. Les plans de santé communautaire font partie du processus annuel de planification des activités des ASD. Le Centre de santé IWK, qui possède toujours des structures de conseils, d'administration et de prestation de services distinctes, s'ajoute aux neuf ASD.

Le ministère de la Santé est chargé d'établir les orientations stratégiques et les normes pour les soins de santé, de veiller à la disponibilité de services de santé de qualité, de surveiller et d'évaluer le rendement et les résultats et de produire des rapports à ces égards, et de financer les services de santé. Il est directement responsable des services médicaux et pharmaceutiques, des services de santé d'urgence, des soins continus et de bien d'autres programmes et services de santé assurés et financés par l'État.

La Nouvelle-Écosse doit faire face à de nombreux défis en ce qui concerne la prestation des services de soins de santé. Sa population vieillit; environ 16 % des Néo-Écossais sont âgés de 65 ans ou plus, et ce pourcentage devrait atteindre 24,3 % d'ici 2026. Afin de répondre aux besoins de sa population vieillissante, la Nouvelle-Écosse a augmenté son panier de services assurés par l'État en y ajoutant les soins à domicile, les soins de longue durée et une meilleure couverture des médicaments. Par ailleurs, en Nouvelle-Écosse, les taux de maladies chroniques, comme le cancer et le diabète, sont beaucoup plus élevés que les taux moyens, d'où une hausse du coût de la prestation des soins de santé dans cette province.

Malgré ces contraintes et ces défis sans cesse croissants, la Nouvelle-Écosse est toujours déterminée à assurer la prestation des services médicalement nécessaires, conformément aux principes de la *Loi canadienne sur la santé*.

D'autres renseignements sur les soins de santé en Nouvelle-Écosse sont disponibles sur le site Web du ministère de la Santé à www.gov.ns.ca/health.

1.0 GESTION PUBLIQUE

1.1 Régime d'assurance-santé et autorité publique

En Nouvelle-Écosse, les services de santé assurés sont couverts par deux régimes : le Hospital Services Insurance (HSI) et le Medical Services Insurance Plan (MSI). Le HSI est géré par le ministère de la Santé en vertu de la *Health Services and Insurance Act*, chapitre 197, Revised Statutes of Nova Scotia, 1989, paragraphe 3(1), articles 5, 6, 10, 15 et 16, paragraphe 17(1), articles 18 et 35.

Le MSI est administré et géré par une autorité comprenant le ministère de la Santé et Medavie Croix Bleue (anciennement Atlantic Blue Cross) en vertu de la loi mentionnée précédemment (articles 8 et 13, paragraphe 17(2), articles 23, 27, 28, 29, 30, 31, 32 et 35).

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

Le ministère de la Santé et Medavie Croix Bleue ont conclu une entente de niveau de service, qui est en vigueur depuis le 1^{er} août 2005. Aux termes de

l'entente, Medavie s'occupe de gérer et d'administrer les programmes du MSI, les régimes d'assurance-médicaments et les services d'enregistrement des cartes de santé.

1.2 Liens hiérarchiques

Medavie est tenue de présenter des rapports au Ministère conformément à divers énoncés des besoins pour chaque description de service, tel qu'il est énoncé dans le contrat. Medavie fait l'objet d'une vérification chaque année sur divers domaines de production de rapports. Une vérification de la conformité a lieu chaque année.

L'alinéa 17 1) i) de la *Health Services and Insurance Act* et les paragraphes 11(1) et 12(1) de son règlement Hospital Insurance Regulations établissent les conditions régissant la présentation de rapports au ministre de la Santé par les hôpitaux et leurs conseils d'administration.

1.3 Vérification des comptes

Le vérificateur général examine toutes les dépenses du ministère de la Santé. Ce dernier a conclu une entente de niveau de service avec Medavie Croix Bleue. Une vérification annuelle est effectuée concernant cette entente, y compris le régime d'assurance-maladie, le régime d'assurance-médicaments et les services d'enregistrement des cartes de santé, conformément à la recommandation du Bureau du vérificateur général.

Tous les établissements de soins de longue durée ainsi que les organismes de soins à domicile et de soutien à domicile sont tenus de présenter au ministre de la Santé des états financiers annuels vérifiés.

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

1.4 Organisme désigné

En vertu d'une entente de niveau de service avec le ministère de la Santé, Medavie Croix Bleue administre les comptes des médecins et est habilitée à recevoir des sommes pour payer ces comptes. Elle reçoit une autorisation écrite du ministre de la Santé lui indiquant les médecins à qui elle peut verser un paiement. Les taux de rémunération et les montants précis sont établis en fonction du contrat négocié entre Doctors Nova Scotia et le ministère de la Santé.

Toutes les activités d'élaboration de systèmes relatives au MSI et au régime d'assurance médicaments menées par la Medavie Croix Bleue sont sous la supervision d'un comité mixte. Toutes les transactions effectuées dans le cadre du MSI et du régime d'assurance-médicaments peuvent être vérifiées par le Bureau du vérificateur général.

2.0 INTÉGRALITÉ

2.1 Services hospitaliers assurés

En Nouvelle-Écosse, neuf autorités sanitaires de district et le Centre de santé IWK (hôpital de soins tertiaires pour femmes et enfants) sont responsables de la prestation des services hospitaliers assurés aux malades hospitalisés et externes.

L'agrément n'est pas obligatoire, mais tous les établissements sont agréés, individuellement ou à l'échelon du district. 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, paragraphe 3(1), articles 5, 6, 10, 15 et 16, paragraphe 17(1) et articles 18 et 35, qui a été adoptée par l'Assemblée législative en 1958. Les Hospital Insurance Regulations ont été pris en application de cette loi.

Voici la liste des services aux malades hospitalisés :

- l'hébergement et la fourniture de repas en salle commune;
- les services infirmiers nécessaires;
- les tests de laboratoire, les examens radiologiques et les autres actes diagnostiques;
- les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes, quand ils sont administrés en milieu hospitalier;
- les fournitures chirurgicales courantes;
- l'utilisation des salles d'opération, des salles d'accouchement et des services d'anesthésie;
- l'utilisation, pour les malades hospitalisés, des services de radiothérapie et de physiothérapie, là où il y en a;
- le sang ou les produits de fractionnement du sang.

Voici la liste des services aux malades externes :

- les examens de laboratoire et de radiologie;
- les actes diagnostiques, y compris ceux utilisant des produits radiopharmaceutiques;

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

Pour ajouter un nouveau service hospitalier à la liste des services hospitaliers assurés, les autorités sanitaires de district doivent soumettre une proposition¹ de programme nouveau ou élargi au ministère de la Santé. Ce processus est entrepris chaque année, sur requête, dans le cadre de la planification des activités. Un modèle de processus élaboré par le Ministère est transmis aux districts pour 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. Selon le financement disponible, le ministre de la Santé peut approuver un certain nombre de priorités absolues.

2.2 Services médicaux assurés

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

En date du 31 mars 2010, 2 401 médecins ont été rémunérés par l'entremise du *Medical Services Insurance Plan (MSI)*.

Le médecin conserve le droit de participer au MSI, ou de s'en retirer, auquel cas il doit aviser le régime, et de renoncer à son numéro de facturation. Le MSI rembourse les patients qui paient directement un médecin parce que celui-ci s'est retiré du régime. En date du 31 mars 2010, aucun médecin ne s'était retiré du régime.

Les services assurés sont les services médicalement nécessaires servant au diagnostic, au traitement, à la réadaptation ou à la modification d'un tableau clinique. Il n'existe aucune limite pour les services assurés médicalement nécessaires.

En 2009-2010, des services ont été ajoutés à la liste des services médicaux assurés. La liste complète peut être obtenue du ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse. L'approbation de nouveaux codes d'honoraires se fait régulièrement, selon les besoins, pour tenir compte d'améliorations, de nouvelles technologies ou des nouvelles façons de fournir un service.

Un comité, composé de représentants du ministère de la Santé, des autorités sanitaires de district et de *Doctors Nova Scotia*, est responsable de l'ajout de nouveaux codes d'honoraires à la liste des services médicaux assurés. Les médecins qui souhaitent faire ajouter un nouveau code d'honoraires au manuel du MSI doivent soumettre une demande officielle au *Fee Schedule Advisory Committee* (comité consultatif sur le barème d'honoraires) pour qu'il l'examine. Chaque demande est étudiée minutieusement. Le comité fait ensuite une recommandation au *Master Agreement Steering Group (MASG – groupe directeur sur l'accord-cadre)* qui approuve ou refuse la proposition. Le groupe directeur est formé d'un nombre égal de représentants de *Doctors Nova Scotia* et du ministère de la Santé. Si les frais sont approuvés, *Medavie Croix Bleue* se charge d'ajouter les nouveaux honoraires au barème des services assurés remboursables au titre du MSI.

2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

Pour fournir des services de chirurgie dentaire assurés en vertu de la *Health Services and Insurance Act*, les dentistes doivent être membres agréés de la *Nova Scotia Dental Association* et détenir un certificat dans une spécialité de chirurgie dentaire. Aux termes de la *Health Services and Insurance Act*, un dentiste peut choisir de ne pas participer au MSI. Pour y participer, il doit s'inscrire au régime. Un dentiste participant qui souhaite se retirer du régime est tenu d'en informer le MSI par écrit; il n'est plus autorisé par la suite à présenter des réclamations au régime. En date du 31 mars 2010, aucun dentiste ne s'était retiré du régime.

Les services de chirurgie dentaire assurés doivent être fournis dans un établissement de santé. Les services assurés sont détaillés dans le manuel des services dentaires du ministère de la Santé (*MSI Dentist Manual – Dental Surgical Services Program*).

1. Les besoins urgents ou imprévus peuvent être soumis à l'attention du Ministère du n'importe quel moment de l'exercice.

Ils sont examinés annuellement par la direction des soins de courte durée et tertiaires, conformément aux Insured Dental Services Tariff Regulations. Les services fournis en vertu de ce programme sont assurés lorsque l'état médical du patient est tel que l'acte doit être pratiqué à l'hôpital et qu'il est de nature chirurgicale. En règle générale, les services de chirurgie dentaire assurés englobent la chirurgie orthognatique, l'extraction chirurgicale de dents incluses et la chirurgie buccale et maxillo faciale. Pour faire 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 à cet égard au ministère de la Santé. Celui-ci rend sa décision après avoir consulté des experts dans le domaine.

« D'autres services d'extraction » (extractions courantes) aux frais de l'État ont été approuvés pour les patients suivants : 1) les cardiaques, 2) les transplantés, 3) les immunodéprimés, 4) les patients sous radiothérapie. Toutefois, les extractions courantes chez ces patients sont couvertes uniquement lorsque le patient suit un traitement actif dans un centre hospitalier et que l'intervention médicale requise exige une extraction, qui serait autrement assimilée à une extraction courante non couverte par l'assurance publique. Pour que la réclamation puisse être approuvée, il est essentiel que le nom du médecin spécialiste figure dans le plan de traitement dentaire et que celui-ci doit être indiqué par écrit dans son plan de traitement médical que l'extraction ou les extractions courantes devaient être effectuées avant le traitement ou l'intervention médicale.

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;
- les téléphones;
- les téléviseurs;
- les médicaments et les produits biologiques prescrits après le congé de l'hôpital;
- la chirurgie esthétique;
- les interventions visant le rétablissement de la fécondité;
- la 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;²
- les services requis par un tiers (les compagnies d'assurance, par exemple) qui ne sont pas jugés médicalement nécessaires.

Voici la liste des services médicaux non assurés :

- les services 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 donnés 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;
- la fécondation *in vitro*.

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

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

2. Ces services peuvent être assurés s'ils sont approuvés en tant que facteurs particuliers à prendre en considération spéciale pour des raisons médicales.

Par ailleurs, le ministère de la Santé étudie attentivement toutes les plaintes de patients et les préoccupations du public qui pourraient laisser entendre que les principes généraux des services assurés ne sont pas respectés.

Pour désassurer des services médicaux, les représentants de Doctors Nova Scotia et de la direction des services aux médecins du ministère de la Santé doivent entamer un processus de négociation qui leur permettra d'évaluer conjointement une intervention ou un processus pour déterminer si les services doivent demeurer assurés. Si le service n'est pas jugé médicalement nécessaire, il sera retiré du barème d'honoraires des médecins et ne sera plus remboursé à titre de service assuré. Lorsqu'un service est désassuré, l'ensemble des interventions et examens associés à sa prestation le devient également. Le même processus s'applique aux services dentaires et hospitaliers. Le dernier retrait important de services assurés remonte à 1997.

3.0 UNIVERSALITÉ

3.1 Admissibilité

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

Une personne est réputée « résider habituellement » en Nouvelle-Écosse si :

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

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

Les membres de la GRC et des Forces canadiennes ainsi que les détenus des pénitenciers fédéraux ne sont pas admissibles au MSI. Lorsque leur statut change, ils deviennent immédiatement admissibles au régime d'assurance-santé provincial.

En 2009-2010, aucun changement n'a été apporté aux conditions d'admissibilité.

Au total, 981 922 habitants étaient inscrits au régime d'assurance-santé de la province en 2009-2010.

3.2 Autres catégories de personnes

Les autres catégories de personnes également admissibles à la couverture des services de santé assurés en Nouvelle-Écosse, lorsqu'elles respectent les critères d'admissibilité propres à leur situation, sont les suivantes :

Immigrants : Les personnes de l'étranger qui s'installent de façon permanente en Nouvelle Écosse sont admissibles à l'assurance-santé à la date de leur arrivée. Elles doivent détenir un document attestant de leur statut de « résident permanent », terme qui a remplacé celui d'« immigrant reçu ».

Les **réfugiés au sens de la Convention et les non-Canadiens mariés à un citoyen canadien ou à un résident permanent** (présentation d'une copie du certificat de mariage obligatoire) qui détiennent tout autre document et qui ont fait, au Canada, une demande de résidence permanente, sont admissibles à l'assurance-santé à compter de la date de cette demande, à condition d'avoir en leur possession une lettre de Citoyenneté et Immigration Canada attestant qu'ils ont fait une demande de résidence permanente.

Les **non-Canadiens mariés à un citoyen canadien ou à un résident permanent** (présentation d'une copie du certificat de mariage obligatoire) qui détiennent tout autre document et qui ont fait, à l'extérieur du Canada, une demande de résidence permanente, deviennent admissibles à l'assurance-santé à compter de la date de leur arrivée au Canada, à condition d'avoir en leur possession une lettre de Citoyenneté et Immigration Canada attestant qu'ils ont fait une demande de résidence permanente.

En 2009-2010, 29 443 résidents permanents étaient inscrits au régime d'assurance-santé.

Permis de travail : Les personnes de l'étranger qui viennent s'établir en Nouvelle-Écosse et qui possèdent un permis de travail peuvent présenter une demande d'inscription au régime à la date de leur

arrivée en Nouvelle-Écosse, à la condition de demeurer en Nouvelle-Écosse au moins une année complète. Le travailleur doit signer une déclaration confirmant qu'il ne se trouvera pas à l'extérieur de la Nouvelle-Écosse pendant plus de 31 jours consécutifs, sauf dans l'exercice d'un emploi. La couverture du régime est prolongée pour des périodes maximales de 12 mois à la fois. Chaque année, le titulaire doit présenter une copie de son document d'immigration renouvelé et signer une déclaration. Les personnes à sa charge, qui sont légalement autorisées à demeurer au Canada, sont couvertes selon les mêmes modalités.

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

En 2009-2010, 2 610 titulaires d'une autorisation d'emploi étaient couverts par le régime d'assurance-santé.

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

En 2009-2010, 1 173 titulaires de permis d'études étaient couverts par le régime d'assurance santé.

Réfugiés : Les réfugiés sont admissibles au MSI s'ils détiennent un permis d'emploi ou d'études.

4.0 TRANSFÉRABILITÉ

4.1 Période d'attente minimale

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

4.2 Couverture durant des absences temporaires au Canada

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

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

Les travailleurs qui s'absentent de la Nouvelle-Écosse pour chercher un emploi ailleurs demeurent admissibles au MSI pendant une période maximale de douze mois, à condition qu'ils n'établissent pas leur résidence dans une autre province, un territoire ou un autre pays. Les services fournis aux habitants de la Nouvelle-Écosse dans une autre province ou un territoire sont couverts par des ententes de réciprocité. La Nouvelle-Écosse participe à l'entente de facturation réciproque des soins hospitaliers et à l'entente de facturation réciproque des soins médicaux. Le Québec est la seule province qui ne participe pas à l'entente de facturation réciproque des soins médicaux. La Nouvelle-Écosse paie, aux tarifs du Québec, les services assurés fournis par les médecins de cette province aux habitants de la Nouvelle-Écosse, si ces services sont aussi assurés en Nouvelle-Écosse. La majorité des réclamations de ce genre sont reçues directement des médecins du Québec. Les services hospitaliers fournis à des 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.

Dans tous les cas visés par l'entente de facturation réciproque, la Nouvelle-Écosse paie les tarifs de la province ayant fourni les services assurés.

En 2009-2010, aucun changement n'a été apporté en Nouvelle-Écosse en ce qui concerne la transférabilité à l'intérieur du Canada.

4.3 Couverture durant des absences temporaires à l'extérieur du Canada

La Nouvelle-Écosse respecte l'Accord sur l'admissibilité et la transférabilité lorsque des services assurés sont fournis à des habitants de la province durant une absence temporaire à l'étranger. À condition que l'habitant de la Nouvelle-Écosse réponde aux critères d'admissibilité, les services fournis à l'étranger sont payés au moins à hauteur du montant qu'aurait payé la Nouvelle-Écosse pour des services similaires fournis dans la province. Habituellement, pour être admissibles à la couverture, les habitants ne doivent pas être à l'extérieur du pays pour une période de plus de six mois dans une même année civile. Pour être couvertes par le MSI, les interventions non urgentes doivent être autorisées au préalable.

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

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

Les services d'urgence fournis à l'étranger sont payés au moins à hauteur du montant qu'aurait payé la Nouvelle-Écosse pour des services similaires fournis dans la province. En 2009-2010, aucun changement n'a été apporté en Nouvelle-Écosse en ce qui concerne la transférabilité à l'étranger.

4.4 Nécessité d'une approbation préalable

Une autorisation préalable est requise dans le cas de services facultatifs fournis à l'étranger. Le spécialiste de la Nouvelle-Écosse doit présenter une demande d'autorisation préalable au directeur médical du MSI pour le compte de l'habitant assuré. Le médecin consultant examine les modalités et détermine si le service est fourni dans la province, peut être fourni dans une autre province ou n'est fourni qu'à l'étranger. Sa décision est

communiquée au spécialiste qui veut adresser le patient à l'étranger. Si l'approbation est accordée, le service sera entièrement couvert par le MSI.

5.0 ACCESSIBILITÉ

5.1 Accès aux services de santé assurés

Selon l'article 3 de la *Health Services and Insurance Act* stipule que, sous réserve des dispositions de la Loi et de son règlement, tous les habitants de la province ont le droit de recevoir des services hospitaliers assurés selon des modalités uniformes, et ils sont assurés selon des modalités uniformes en ce qui concerne le paiement des services professionnels assurés jusqu'au tarif établi. Dans le cadre du régime, il est interdit d'imposer des frais modérateurs ou des suppléments.

La Nouvelle-Écosse suit de près la situation de l'accès aux soins dans l'ensemble du Canada pour garantir un accès équitable aux soins. Lorsque des améliorations sont jugées nécessaires dans certains secteurs, des fonds supplémentaires sont généralement accordés pour répondre aux besoins, si la situation financière de la province le permet.

De plus, le ministère de la Santé et Capital Health ont mis sur pied une clinique d'évaluation orthopédique avec la participation de la Décennie des os et des articulations. Ce projet a été entrepris pour régler le problème de la longue liste d'attente en orthopédie dans la région de Halifax. Le projet en cours a permis de faire passer de 18 mois à 8 à 12 semaines³ le temps d'attente entre la recommandation par l'omnipraticien et la consultation avec le spécialiste. Des fonds ont été affectés à trois autres cliniques d'évaluation orthopédique, soit celle de la Valley Regional Hospital, du Aberdeen Hospital et du Cape Breton Regional Hospital. À l'instar de l'autorité sanitaire du district de la capitale, ces cliniques contribueront à régler le problème des listes d'attente en orthopédie dans la province. Elles devraient ouvrir leurs portes au cours du troisième trimestre de 2010-2011.

Outre l'attribution récente de quatre appareils d'IRM à quatre régions rurales (Antigonish, New Glasgow, Kentville et Yarmouth) afin de faciliter l'accès à ce type de services aux personnes qui vivent dans des régions rurales et de réduire les temps d'attente dans la province, et en plus du remplacement de deux appareils d'IRM à l'autorité sanitaire du district de la capitale

3. Avec le soutien du ministère de la Santé, l'autorité sanitaire du district de la capitale s'est engagée à réaliser 430 arthroplasties supplémentaires annuellement, à compter de novembre 2009.

à Halifax, quatre nouveaux appareils de tomographie assistée par ordinateur, capables de produire 64 coupes, ont également été installés ou remplacés à Halifax, et deux en zone rurale. De plus, le remplacement de l'hôpital régional de Truro, dont l'ouverture est prévue pour le premier trimestre de l'exercice 2012-2013, sera doté d'un appareil d'IRM.

Un cyclotron devant permettre l'approvisionnement local nécessaire en fludésoxyglucose (18F), aussi appelé FDG, utilisé en imagerie médicale pour la tomographie par émission de positons, est en fonction depuis le 1^{er} juillet 2010.

En 2009-2010, 2 401 médecins et 55 dentistes ont fourni activement des services assurés en vertu de la *Loi canadienne sur la santé* ou des lois provinciales. Des solutions de financement novatrices, comme le financement global et les contrats de services personnels, ont permis d'améliorer le recrutement.

La Nouvelle-Écosse a augmenté la capacité de formation médicale, tant pour les étudiants canadiens en médecine que pour les médecins formés à l'étranger, coordonne les activités permanentes de recrutement et a financé le lancement d'un programme à l'intention des omnipraticiens qui souhaitent faire une spécialisation après avoir exercé la médecine générale pendant deux ans dans la province.

5.2 Rémunération des médecins

La *Health Services and Insurance Act*, Revised Statutes of Nova Scotia, chapitre 197, régit la rémunération des médecins et des dentistes pour les services assurés. Les rémunérations sont versées aux médecins conformément à une entente négociée entre Doctors Nova Scotia et le ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse. Doctors Nova Scotia est reconnu comme seul agent négociateur des médecins dans la province. Au moment des négociations, des représentants de Doctors Nova Scotia et du ministère de la Santé discutent du financement global et d'autres conditions. L'entente fixe la valeur unitaire des services médicaux et traite d'autres points, comme l'Association canadienne de protection médicale, les avantages pour les membres, le paiement des services fournis à l'urgence, le financement pour le service de garde, les rajustements d'honoraires particuliers, les modes de règlement des différends et d'autres questions de méthode ou de consultation.

La rémunération à l'acte est le mode de paiement des services médicaux le plus répandu en Nouvelle-Écosse, mais il y a eu une augmentation marquée d'autres modes de paiement.

Au cours des dernières années, le recours à d'autres modes de paiement a sensiblement augmenté. En 1997-1998, environ 9 % des médecins de la Nouvelle-Écosse étaient payés uniquement selon d'autres modes de paiement. En 2009-2010, la proportion de ces médecins était de 26 %. Environ 67 % des médecins reçoivent une partie de leur rémunération d'autres modes, qui se répartissent en trois catégories :

- 1) le programme de financement de l'enseignement clinique (ces médecins se trouvent principalement à Halifax, aux centres QEII et IWK). La plupart des groupes de spécialistes universitaires sont rémunérés selon d'autres modes de paiement, sauf les urologues, les radiologues des centres QEII et IWK, les obstétriciens et gynécologues ainsi que les ophtalmologistes du centre IWK;
- 2) des contrats sont actuellement en vigueur avec des spécialistes régionaux en anesthésie, en gériatrie, en néonatalogie, en pédiatrie, en obstétrique-gynécologie et en soins palliatifs;
- 3) des arrangements contractuels sont également possibles avec des omnipraticiens dans certaines régions rurales, ainsi que des contrats avec des omnipraticiens ou des infirmières praticiennes pour soutenir les équipes interdisciplinaires dans des zones désignées.

Les autres modes de financement comprennent la rémunération à la vacation pour les services de psychiatrie, l'exercice en région éloignée, la garde en établissement et le service en salle d'urgence. Plus de 67 % des médecins de la Nouvelle-Écosse sont rémunérés en tout ou en partie par d'autres modes que la rémunération à l'acte.

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, selon un processus de négociation semblable à celui des services médicaux. Les dentistes sont rémunérés à l'acte. L'entente actuelle est entrée en vigueur le 1^{er} avril 2008 et prendra fin le 31 mars 2013.

5.3 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 (9) autorités sanitaires de district (ASD), du Centre de santé IWK et d'organisations autres que les ASD. Le budget provincial détermine les paiements qui seront versés à ces organisations pour la prestation des services.

La *Health Authorities Act* a obtenu la sanction royale le 8 juin 2000. Elle a institué les neuf ASD et le IWK, qui ont remplacé les conseils régionaux de santé de la province. Les ASD et le IWK sont chargés (selon l'article 20 de la loi) de surveiller la prestation des services de santé dans leur district et ont la pleine responsabilité d'expliquer leurs décisions relatives aux plans de santé communautaire par le truchement des plans d'activités qu'elles 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.

6.0 RECONNAISSANCE ACCORDÉE AUX TRANSFERTS FÉDÉRAUX

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

Le gouvernement de la Nouvelle-Écosse a également reconnu la contribution fédérale au titre du TCS dans diverses publications, y compris les documents suivants publiés en 2009-2010 :

- les comptes publics de 2009-2010;
- les prévisions budgétaires de 2010-2011.

PERSONNES INSCRITES					
	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
1. Nombre en date du 1 ^{er} juillet.	963 993	965 044	970 450	975 206	981 922

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE					
Établissements publics	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
2. Nombre (#).	35	35	35	35	35
3. Paiement des services de santé assurés (\$). ⁴	1 230 549 093	1 301 306 116	1 367 828 540	1 406 145 241	1 531 561 311 2 ⁵
Établissements privés à but lucratif	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
4. Nombre d'établissements privés à but lucratif offrant des services de santé assurés (#). ⁶	0	0	0	0	0
5. Paiements aux établissements privés à but lucratif pour des services de santé assurés (\$).	n.d.	n.d.	s.o.	s.o.	s.o.

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS AUX RÉSIDENTS DANS UNE AUTRE PROVINCE OU UN AUTRE TERRITOIRE					
	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
6. Nombre total de demandes – malades hospitalisés (#).	2 252	2 154	2 257	2 310	2 089
7. Total des paiements – malades hospitalisés (\$).	16 285 032	14 502 141	16 726 553	15 924 363	16 289 798
8. Nombre total de demandes – malades externes (#).	37 811	41 729	42 569	42 089	39 443
9. Total des paiements – malades externes (\$).	7 345 702	8 269 002	8 946 688	11 558 634	11 180 204

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA					
10. Nombre total de demandes – malades hospitalisés (#).	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
11. Total des paiements – malades hospitalisés (\$).	1 495 313	727 586	1 257 620	1 190 016	1 286 181
12. Nombre total de demandes – malades externes (#).	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
13. Total des paiements – malades externes (\$).	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.

4. Les sommes sont versées aux établissements de soins de courte durée et aux ASD seulement.

5. L'exercice 2009-2010 comprend les paiements effectués aux autorités sanitaires de district pour la coordination des soins étant donné que le programme a été intégré à ces dernières au cours de l'exercice.

6. Scotia Surgery n'est pas considérée comme une entreprise privée, mais comme un hôpital (financé par le ministère de la Santé).

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE

	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
14. Nombre de médecins participants (#).	2 220	2 282	2 290	2 343	2 401
15. Nombre de médecins ayant opté pour le retrait du régime d'assurance-santé (#).	0	0	0	0	0
16. Nombre de médecins non participants (#).	0	0	s.o.	s.o.	s.o.
17. Paiements totaux des services médicaux rémunérés pour l'ensemble des méthodes de paiement (\$).	540 495 196	581 817 423	555 659 788	598 546 450	637 434 810
18. Total des paiements pour services médicaux rémunérés à l'acte (\$).	254 621 655	255 007 711	258 751 069	266 174 648	301 217 024

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

	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
19. Nombre de services (#).	198 262	205 237	212 404	215 490	197 580
20. Total des paiements (\$).	6 619 938	7 091 572	7 606 977	7 671 840	7 362 277

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA

21. Nombre de services (#).	2 981	2 931	2 701	3 051	3 418
22. Total des paiements (\$).	151 414	153 937	134 729	161 555	200 452

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

	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
23. Nombre de dentistes participants (#).	33	29	27	29	55
24. Nombre de services fournis (#). ⁷	5 169	5 321	5 831	6 254	6 536
25. Total des paiements (\$). ⁸	1 060 006	1 122 126	1 215 333	1 374 645	1 380 344

7. Le total des services ne comprend pas le financement global offert aux dentistes

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



NOUVEAU-BRUNSWICK

INTRODUCTION

Le système de soins de santé du Nouveau-Brunswick, qui continue de gagner la confiance du public en lui fournissant des soins de qualité, maintient son engagement à l'égard des cinq principes fondamentaux de la *Loi canadienne sur la santé*, lequel se manifeste dans les activités courantes des divers éléments du système.

1.0 GESTION PUBLIQUE

1.1 Régime d'assurance-santé et autorité publique

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

1.2 Liens hiérarchiques

La direction des Services assurés et la direction de l'Admissibilité et des réclamations du Ministère sont chargées de gérer le régime de services médicaux. Le ministre rend des comptes à l'Assemblée législative

dans le rapport annuel du Ministère et par le biais des processus législatifs réguliers.

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

1.3 Vérification des comptes

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

- 1) Le Bureau du vérificateur général : En vertu de la *Loi sur le vérificateur général*, le Bureau du vérificateur général fait la vérification externe des factures du Nouveau-Brunswick, laquelle englobe les documents financiers du Ministère. Le vérificateur général effectue aussi des examens de la gestion des programmes, comme il le juge opportun.
- 2) Le Bureau du contrôleur : Le contrôleur est le vérificateur interne en chef du Nouveau-Brunswick. Il fournit des services de comptabilité, de vérification et de consultation conformément aux responsabilités et aux pouvoirs énoncés dans la *Loi sur l'administration financière*.
- 3) La direction de la vérification interne du Ministère a pour mandat d'examiner et d'évaluer de façon indépendante les activités du Ministère à titre de service à tous les niveaux de gestion.

2.0 INTÉGRALITÉ

2.1 Services hospitaliers assurés

Les services hospitaliers assurés sont régis par l'article 9 du Règlement 84-167 de la *Loi sur les services hospitaliers* et par la *Loi hospitalière*. En vertu du Règlement 84-167 de la *Loi sur les services hospitaliers*, les habitants du Nouveau-Brunswick ont droit aux services hospitaliers assurés ci-après, comme malades hospitalisés ou malades externes. Il n'y a pas eu de modifications législatives en 2009-2010.

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

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

Une personne, un médecin ou le Ministère peut demander l'ajout d'un nouveau service. Toutes les demandes sont étudiées par le comité chargé de l'ajout de nouveaux services, lequel est dirigé conjointement par la Société médicale du Nouveau-Brunswick et le Ministère. La décision d'ajouter un service est habituellement fondée 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 diagnostiquer ou traiter une blessure, une maladie ou une incapacité. Aucun processus de consultation publique n'est utilisé.

Aucun service hospitalier n'a été ajouté ni supprimé durant l'exercice financier 2009-2010.

2.2 Services médicaux assurés

La *Loi sur le paiement des services médicaux* et les règlements connexes sont les textes législatifs habilitants qui prévoient la prestation de services médicaux assurés.

Aucune modification relative aux services médicaux n'a été apportée à la Loi ni aux règlements en 2009-2010.

En date du 31 mars 2010, 1 571 médecins participaient activement au régime.

Les médecins du Nouveau-Brunswick ont la possibilité de se retirer du régime pour l'ensemble ou un certain nombre des services. Les médecins qui ont opté pour le retrait total ne sont pas payés directement par l'assurance-maladie pour les services qu'ils donnent, et ils doivent facturer directement leurs patients dans tous les cas. Les patients n'ont pas droit à un remboursement de l'assurance-maladie pour les services fournis par des médecins qui se sont retirés complètement du régime.

Les médecins ne peuvent se prévaloir de la disposition de retrait sélectif dans le cas d'une urgence ou pour la continuation de soins entrepris à titre de participants au 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 le service fourni directement au patient. Dans ces cas, le médecin doit toujours suivre la procédure ci-après.

Le médecin doit aviser le patient à l'avance et respecter les dispositions qui suivent.

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

En date du 31 mars 2010, aucun médecin offrant des services de santé n'avait choisi de se retirer complètement du régime de services médicaux du Nouveau-Brunswick.

Les services couverts par l'assurance-santé comprennent :

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

Une personne, un médecin ou le Ministère peut demander l'ajout d'un nouveau service. Toutes les demandes sont étudiées par le comité chargé de l'ajout de nouveaux services, lequel est dirigé conjointement par la Société médicale du Nouveau-Brunswick et le Ministère. La décision d'ajouter un nouveau service est habituellement fondée 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 diagnostiquer ou traiter une blessure, une maladie ou une incapacité. Aucun processus de consultation publique n'est utilisé.

Aucun service médical n'a été ajouté ni supprimé durant l'exercice financier 2009-2010.

2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

L'annexe 4 du Règlement 84-20 établi en vertu de la *Loi sur le paiement des services médicaux* précise les services de chirurgie dentaire assurés qui peuvent être fournis par un dentiste qualifié dans un hôpital à la condition que l'état du patient exige que ces services soient donnés dans un hôpital. De plus, un dentiste peut être rémunéré pour assister un autre dentiste dans la prestation de services médicalement nécessaires sous certaines conditions.

Outre l'annexe 4 du Règlement 84-20, les chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux ont ajouté l'accès à quelque 300 codes de service dans le guide du médecin (*Physician Manual*) et peuvent admettre des patients ou autoriser leur sortie en plus de faire des examens physiques, y compris en consultation externe.

En date du 31 mars 2010, 99 chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux et dentistes étaient inscrits au régime de services médicaux du Nouveau-Brunswick.

Les chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux et les dentistes peuvent se prévaloir de la même disposition de retrait du régime que les médecins (voir la section 2.2) et doivent suivre les mêmes lignes directrices. Le Ministère ne possède pas de données sur le nombre de dentistes non inscrits au régime du Nouveau-Brunswick.

2.4 Services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

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

Les services fournis aux ayants droit en vertu d'autres lois ne sont pas assurés.

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

- la chirurgie plastique facultative ou autres services à des fins esthétiques;
- la correction d'un mamelon inversé;
- l'augmentation mammaire;
- l'otoplastie pour les personnes de plus de 18 ans;
- l'ablation de lésions cutanées mineures, sauf si elles sont effectivement précancéreuses ou soupçonnées de l'être;
- l'avortement, sauf lorsqu'il est pratiqué par un spécialiste en obstétrique et en gynécologie dans un établissement hospitalier agréé par l'administration où cet établissement est situé, et que deux médecins ont certifié par écrit que l'avortement était médicalement nécessaire;
- l'assistance chirurgicale pour la chirurgie de la cataracte, sauf si l'assistance est requise en raison d'un risque d'échec opératoire autre que le risque inhérent à l'extraction même de la cataracte, à cause de la présence d'une maladie ou d'une autre complication;
- les médicaments, le matériel, les fournitures de chirurgie ou les prothèses;
- les vaccins, sérums, médicaments et produits biologiques énumérés aux articles 106 et 108 du Règlement du Nouveau-Brunswick 88-200 établi en vertu de la *Loi sur la santé*;
- les consultations ou les renouvellements d'ordonnance par téléphone qui ne sont pas expressément prévus dans le Cahier des tarifs;
- l'examen de dossiers médicaux ou les certificats demandés par un tiers ou d'autres services prescrits par les règlements administratifs régissant l'hôpital ou le personnel médical;
- les services dentaires fournis par un médecin ou un chirurgien buccal et maxillo-facial;
- les services qui sont généralement considérés au Nouveau-Brunswick comme expérimentaux ou qui sont fournis à titre de recherche appliquée;
- les services fournis conjointement ou en rapport avec les services ci-dessus;

- les témoignages devant une cour ou tout autre tribunal;
- l'immunisation, les examens ou les certificats pour fins de voyage, d'emploi, d'émigration ou d'assurance, ou faits à la demande d'un tiers;
- les services fournis par des médecins ou des chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux aux membres de leur famille immédiate;
- la psychanalyse;
- l'électrocardiographie (ECG) lorsqu'elle n'est pas effectuée par un spécialiste en médecine interne ou en pédiatrie;
- les actes de laboratoire non compris dans les honoraires d'examen ou de consultation;
- les réfractions;
- les services fournis dans la province par des médecins, des chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux ou des dentistes pour lesquels les honoraires excèdent le montant payable en vertu du présent Règlement;
- l'ajustement et la fourniture de lunettes ou de lentilles de contact;
- la chirurgie transsexuelle;
- les services de radiologie fournis dans la province par une clinique de radiologie privée;
- l'acupuncture;
- les examens médicaux complets effectués dans le cadre d'un examen périodique et non par nécessité médicale;
- la circoncision des nouveau-nés;
- l'inversion de vasectomies;
- une deuxième injection ou toute injection subséquente pour impuissance;
- l'inversion d'une ligature des trompes;
- l'insémination intra-utérine;
- la chirurgie bariatrique, sauf si la personne a un indice de masse corporelle de 40 ou plus ou a un indice se situant entre 35 et 39 et souffre d'affections concomitantes liées à l'obésité;
- la ponction veineuse lorsqu'elle est effectuée aux fins d'un prélèvement sanguin et en tant que procédure unique dans un établissement autre qu'un établissement hospitalier agréé.

Les services dentaires qui ne sont pas expressément énumérés à l'annexe 4 sur les soins dentaires ne sont pas couverts par le régime. Les services énumérés à l'annexe 2 sont considérés comme les seuls services

médicaux non assurés. Il n'existe pas de politiques ni de lignes directrices spécifiques, autres que la Loi et le Règlement, pour garantir que les frais exigés pour des produits ou des services médicaux non assurés (c.-à-d. des produits ou des services médicaux perfectionnés tels que des lentilles intraoculaires, des plâtres en fibre de verre, etc.) fournis en combinaison avec un service de santé assuré ne compromettent pas l'accès satisfaisant aux services assurés. Les lentilles intraoculaires sont maintenant fournies par les hôpitaux.

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

En 2009-2010, aucun service n'a été supprimé de la liste des services assurés.

3.0 UNIVERSALITÉ

3.1 Admissibilité

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

Les habitants doivent remplir une demande à l'assurance-santé et fournir la preuve de leur citoyenneté canadienne ou de leur statut d'Autochtone, ou encore un document d'immigration canadien valide. Un habitant est défini comme une personne légalement autorisée à être ou à demeurer au Canada, qui élit domicile et est habituellement présente au Nouveau-Brunswick; sont exclus les touristes, les personnes de passage et les visiteurs dans la province. Au 31 mars 2010, 744 048 personnes étaient inscrites au régime du Nouveau-Brunswick.

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

- a) En juin 2010, le Règlement 84-20 pris en vertu de la *Loi sur le paiement des services médicaux* a été modifié de manière à ce que le conjoint ou la personne à charge d'un membre des Forces canadiennes qui est arrivé au Nouveau-Brunswick en provenance d'une autre province ou d'un territoire du Canada ait droit au statut de bénéficiaire au premier jour de son arrivée s'il est réputé avoir établi sa résidence permanente dans la province.
- b) En juin 2010, le Règlement 84-20 pris en vertu de la *Loi sur le paiement des services médicaux* a été modifié de manière à ce que les immigrants ou les résidents canadiens qui arrivent ou reviennent dans la province aient droit au statut de bénéficiaire au premier jour de leur arrivée s'ils sont réputés avoir établi leur résidence permanente dans la province. Ces personnes doivent présenter des documents à l'appui (documents de Citoyenneté et Immigration), et les décisions sur l'admissibilité ou la résidence sont prises au cas par cas.

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

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

Disposition prévue pour l'admissibilité au régime d'assurance-santé

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

Disposition prévue lorsqu'il y a un changement de statut

- Les personnes congédiées ou libérées des Forces canadiennes ou de la GRC ou les détenus libérés d'un établissement fédéral sont admissibles au régime à compter de la date de leur libération s'ils résident au Nouveau-Brunswick à cette date. Ils doivent remplir une demande, indiquer la date officielle de leur libération et fournir une preuve de citoyenneté.

3.2 Autres catégories de personnes

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

4.0 TRANSFÉRABILITÉ

4.1 Période d'attente minimale

Une personne est admissible à l'assurance-santé du Nouveau-Brunswick le premier jour du troisième mois suivant le mois où elle s'est établie en permanence dans la province. La période d'attente de trois mois est imposée par la *Loi sur le paiement des services médicaux* du Nouveau-Brunswick et aucune exception ne peut être faite.

4.2 Couverture durant des absences temporaires au Canada

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

L'admissibilité des personnes suivantes au régime de services médicaux est prolongée :

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

Étudiants

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

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

Habitants

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

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

Le Nouveau-Brunswick a conclu des ententes officielles pour la facturation réciproque des services hospitaliers assurés avec l'ensemble des provinces et des territoires du Canada. Le Nouveau-Brunswick a également conclu des ententes réciproques avec toutes les provinces, à l'exception du Québec, pour la prestation de services médicaux assurés. Les services fournis par des médecins du Québec à des habitants du Nouveau-Brunswick sont payés selon le tarif en vigueur au Québec, à condition que les services fournis soient assurés au Nouveau-Brunswick.

La majorité des réclamations de cette nature proviennent directement des médecins du Québec. Toute

réclamation soumise directement par un patient est remboursée à ce dernier.

4.3 Couverture durant des absences temporaires à l'extérieur du Canada

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

L'admissibilité des habitants du Nouveau-Brunswick qui s'absentent temporairement de la province est déterminée conformément à la *Loi sur le paiement des services médicaux* et à son Règlement et à l'Accord interprovincial sur l'admissibilité et la transférabilité.

Les habitants qui travaillent temporairement à l'extérieur du Canada bénéficient d'une couverture maximale de 12 mois (même si l'on sait à l'avance qu'ils seront absents pour plus de 12 mois) pourvu qu'ils n'établissent pas domicile à l'extérieur du Canada.

Toute absence de plus de 182 jours, que ce soit pour des raisons de travail ou de vacances, nécessite l'approbation du Directeur, laquelle ne peut être accordée que pour une période maximale de 12 mois et ne sera accordée qu'une fois tous les trois ans. Les familles des travailleurs employés temporairement à l'extérieur du Canada continuent d'être couvertes par le régime à condition de résider au Nouveau-Brunswick.

Les habitants du Nouveau-Brunswick qui s'absentent pour plus de 12 mois doivent présenter une nouvelle demande d'assurance-santé à leur retour dans la province et sont assujettis à la période d'attente de trois mois imposée par la Loi. Toutefois, une « période de grâce » de 14 jours peut être accordée aux habitants qui se sont absentés temporairement de la province un peu plus de 12 mois.

Travailleurs mobiles

Les Travailleurs mobiles sont des habitants dont l'emploi exige qu'ils voyagent à l'extérieur de la province (p. ex. pilotes, camionneurs). Voici les conditions à respecter pour être désigné travailleur mobile :

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

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

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

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

Employés contractuels

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

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

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

Étudiants

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

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

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

4.4 Nécessité d'une approbation préalable

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

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

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

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

Les services assurés offerts à l'étranger, mais non offerts au Canada qui ne sont pas expérimentaux et qui ont été approuvés au préalable sont payés en totalité. Souvent, le montant payable est négocié avec le fournisseur par le réseau le Canadian Medical Network (réseau médical canadien) au nom de la province.

Les services qui suivent font l'objet d'une exemption selon la politique de couverture à l'étranger :

- Hémodialyse : les patients doivent obtenir une approbation préalable, et l'assurance-santé remboursera l'habitant à un tarif équivalant au tarif interprovincial de 220 \$ la séance.
- Tests d'allergie pour la sensibilité aux substances présentes dans l'environnement : tous les tests réalisés à l'extérieur du pays seront payés au taux maximal de 50 \$ par jour, montant équivalant au coût d'une visite en consultation externe.

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

5.0 ACCESSIBILITÉ

5.1 Accès aux services de santé assurés

Tous les habitants du Nouveau-Brunswick ont un accès égal aux services de santé assurés. Il n'y a pas de frais modérateurs au Nouveau-Brunswick pour les services de santé assurés, comme il est défini dans la *Loi canadienne sur la santé*.

Le Ministère utilise divers outils pour s'assurer que les services fournis bénéficient à la plus grande proportion possible de la population. Par exemple, la liste d'attente pour les soins cardiaques tertiaires au Centre cardiaque de Saint John est établie selon des critères standards de triage. Les personnes qui sont sur la liste y sont en raison de leurs besoins en matière de santé, et non en raison du lieu où elles vivent ou de leur groupe démographique.

De nombreuses initiatives ont été mises en œuvre pour corriger les inégalités entre les habitants des régions rurales et ceux des régions urbaines et pour utiliser les ressources de manière plus efficace. Ces initiatives comprennent les services de télésanté, le Programme extra-mural, les cliniques de dialyse régionales et la création d'Ambulance Nouveau-Brunswick (ANB). ANB a été créé en vue de rendre plus équitable l'accès aux

services d'ambulance dans les régions rurales et urbaines. Il y a maintenant des normes précises pour les temps d'attente, et ceux-ci sont établis dans le contrat d'ANB.

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

5.2 Rémunération des médecins

Les paiements aux médecins et aux dentistes sont régis par les Règlements 84-20, 93-143 et 96-133 établis en vertu de la *Loi sur le paiement des services médicaux*.

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

5.3 Paiements aux hôpitaux

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

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

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

Toute demande de financement d'un nouveau programme ou service est présentée au sous-ministre de la Santé. De concert avec le personnel de la RRS et de FacilicorpNB, les représentants du ministère de la Santé évaluent les demandes en utilisant un nouveau processus axé sur la durabilité.

Les nouveaux programmes ou services approuvés sont financés selon les besoins, lesquels sont déterminés à l'occasion de discussions entre le ministère de la Santé et le personnel des RRS. Ces montants sont ajoutés à la base de financement une fois qu'il y a une entente sur les exigences en matière de financement.

6.0 RECONNAISSANCE ACCORDÉE AUX TRANSFERTS FÉDÉRAUX

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

PERSONNES INSCRITES					
	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
1. Nombre en date du 31 mars.	740 759	738 651	740 845	742 974	744 048

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE					
Établissements publics	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
2. Nombre (#).	50	50	50	53	56
3. Paiement des services de santé assurés (\$).	1 205 197 000	1 290 887 880	1 372 911 800	1 449 216 237	1 590 399 994
Établissements privés à but lucratif	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
4. Nombre d'établissements privés à but lucratif offrant des services de santé assurés (#). ¹	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.
5. Paiements aux établissements privés à but lucratif pour des services de santé assurés (\$). ¹	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS AUX RÉSIDENTS DANS UNE AUTRE PROVINCE OU UN AUTRE TERRITOIRE					
	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
6. Nombre total de demandes – malades hospitalisés (#).	3 740	4 363	4 363	3 919	4 036
7. Total des paiements – malades hospitalisés (\$).	32 494 834	42 267 067	42 267 067	37 772 992	37 343 696
8. Nombre total de demandes – malades externes (#).	44 941	51 406	51 406	46 824	49 005
9. Total des paiements – malades externes (\$).	10 022 287	11 316 103	11 316 103	12 858 195	14 912 717

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA					
	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
10. Nombre total de demandes – malades hospitalisés (#).	215	211	209	196	251
11. Total des paiements – malades hospitalisés (\$).	374 035	741 599	726 650	753 104	556 678
12. Nombre total de demandes – malades externes (#).	1 453	1 122	1 073	1 430	1 575
13. Total des paiements – malades externes (\$).	321 202	358 594	441 575	561 855	883 980

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

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE

	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
14. Nombre de médecins participants (#). ²	1 381	1 399	1 453	1 500	1 571
15. Nombre de médecins ayant opté pour le retrait du régime d'assurance-santé (#).	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	0
16. Nombre de médecins non participants (#).	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	0
17. Paiements totaux des services médicaux rémunérés pour l'ensemble des méthodes de paiement (\$). ³	373 500 994	400 481 139	421 547 901	441 197 899	505 899 089
18. Total des paiements pour services médicaux rémunérés à l'acte (\$). ³	240 841 117	244 907 268	254 454 602	260 939 796	273 030 951

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

	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
19. Nombre de services (#).	202 555	192 544	213 710	197 023	226 918
20. Total des paiements (\$).	11 353 739	11 125 487	11 998 933	11 607 119	16 206 261

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA

21. Nombre de services (#).	6 707	6 047	5 990	4 175	5 885
22. Total des paiements (\$).	449 689	417 942	487 679	341 618	440 957

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

	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
23. Nombre de dentistes participants (#). ⁴	21	25	21	26	16
24. Nombre de services fournis (#).	2 890	2 472	2 962	3 323	3 363
25. Total des paiements (\$).	621 491	502 913	598 383	571 175	385 796

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

3. Montants préliminaires comprenant les montants prévus au budget pour les autres modes de rémunération. Les montants totaux pour la rémunération à l'acte ne comprennent que les paiements automatisés.

4. Nombre de dentistes et de spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale participant au régime de services médicaux du Nouveau-Brunswick durant chaque exercice financier.



QUÉBEC

1.0 GESTION PUBLIQUE

1.1 Régime d'assurance-santé et autorité publique

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.

1.2 Liens hiérarchiques

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

1.3 Vérification des comptes

Les deux régimes (le régime d'assurance hospitalisation du Québec et le régime d'assurance maladie du Québec) sont gérés sans but lucratif, et tous les livres et comptes sont vérifiés par le vérificateur général de la province.

2.0 INTÉGRALITÉ

2.1 Services hospitaliers assurés

Les services assurés aux 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 mineure (chirurgie d'un jour); la radiothérapie; les services de diagnostic; la physiothérapie; l'ergothérapie; les services d'inhalothérapie, d'audiologie, d'orthophonie et d'orthoptique; d'autres services ou examens exigés par une loi du Québec.

D'autres services sont assurés : les services à des fins de contraception mécanique, hormonale ou chimique; les services de stérilisation chirurgicale, dont la ligature des trompes et la vasectomie; la réanastomose des trompes ou des canaux; 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.

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 de l'assistance-emploi, les services optométriques, les services dentaires pour les enfants et les prestataires de l'assistance-emploi, et les prothèses dentaires acryliques pour les prestataires de l'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 de l'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. En 2009-2010, le régime d'assurance médicaments couvre 3,3 millions de personnes assurées.

2.2 Services médicaux assurés

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

2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

Les services assurés par ce régime comprennent 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.

2.4 Services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

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.

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 mammographie utilisée à des fins de dépistage, à moins que ce service ne soit rendu sur ordonnance médicale dans un lieu désigné par le ministre dans l'un ou l'autre des cas, soit à une bénéficiaire âgée de 35 ans ou plus et à la condition qu'un tel examen n'ait pas été subi par cette personne depuis un an; la thermographie, la tomographie, 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.

3.0 UNIVERSALITÉ

3.1 Admissibilité

L'inscription à l'assurance hospitalisation n'est pas nécessaire; il suffit d'être inscrit à la Régie de l'assurance maladie du Québec 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 du Québec pour être admissible au régime d'assurance maladie.

3.2 Autres catégories de personnes

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.

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 de résidents 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.

4.0 TRANSFÉRABILITÉ

4.1 Période d'attente minimale

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.

4.2 Couverture durant des absences temporaires au Canada

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

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

Les personnes qui occupent un emploi ou exécutent un contrat hors du Québec pour le compte d'une société ou d'une corporation ayant son siège social ou une place

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

Les coûts des services 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.

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 le territoire d'accueil, ou au tarif interprovincial approuvé s'il s'agit de services fournis sur une base externe ou d'interventions coûteuses. Une personne assurée qui quitte le Québec pour s'établir dans une autre province ou un territoire du Canada demeure bénéficiaire jusqu'à concurrence de trois mois après son départ.

4.3 Couverture durant des absences temporaires à l'extérieur du Canada

Les étudiants, les stagiaires non rémunérés, les fonctionnaires québécois en poste à l'étranger et les employés d'un organisme sans but lucratif œuvrant dans le cadre d'un programme d'aide ou de coopération internationale reconnu par le ministre de la Santé et des Services sociaux 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 pour cent dans les autres cas.

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 incluant les médicaments qu'il soit hospitalisé ou non. 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 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.

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.

4.4 Nécessité d'une approbation préalable

Les personnes assurées 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 cent pour cent 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.

5.0 ACCESSIBILITÉ

5.1 Accès aux services de santé assurés

Toute personne a le droit de recevoir des services de santé adéquats sans discrimination d'aucune sorte. Les médecins québécois ne pratiquent pas la surfacturation.

Au 31 mars 2010, le Québec comptait 117 établissements assumant une mission de centre hospitalier pour une clientèle souffrant de maladie aiguë. À la même date, on comptait 20 465 lits de soins physiques et psychiatriques de courte durée au permis de ces établissements. Selon les données les plus récentes disponibles, dans les établissements hospitaliers du

Québec, il y a eu entre le 1^{er} avril 2008 et le 31 mars 2009, 720 718 admissions pour des séjours de courte durée (incluant les nouveau-nés) et 312 168 inscriptions en chirurgie d'un jour. Ces hospitalisations ont représenté 5 052 538 jours d'hospitalisation.

Restructuration du réseau de la santé : en novembre 2003, le Québec annonçait la mise en place des réseaux locaux de services (RLS) couvrant l'ensemble du territoire du Québec. Au cœur de chacun des réseaux locaux se trouve une nouvelle instance locale, le Centre de santé et de services sociaux (CSSS), résultant de la fusion des établissements publics qui avaient pour mission les services de CLSC, l'hébergement et les soins de longue durée (i.e. les CHSLD) et, dans la plupart des cas, les services hospitaliers de proximité. Les CSSS doivent aussi offrir à la population de leur territoire l'accès aux autres services médicaux, aux services hospitaliers généraux et spécialisés, de même qu'aux services sociaux. Pour ce faire, ils devront conclure des ententes de services avec d'autres organisations du secteur de la santé. Le maillage des services au sein d'un territoire constitue le réseau local de services. Ainsi, les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux intégrés visent à amener tous les intervenants d'un même territoire à se porter collectivement responsables de la santé et du bien-être de la population de leur territoire.

Depuis 2003-2004, des groupes de médecine de famille (GMF) ont été établis. Il s'agit d'un regroupement de médecins travaillant en équipe et en étroite collaboration avec des infirmières et d'autres professionnels des CSSS pour offrir des services allant de l'évaluation de l'état de santé à la prise en charge et au suivi, au diagnostic et au traitement des problèmes aigus et chroniques et à la prévention des maladies. Parmi leurs services, l'on compte notamment des consultations médicales avec et sans rendez-vous, sept jours sur sept et une réponse adaptée aux personnes dont l'état de santé requiert des modalités particulières d'accès aux services. En mars 2010, le Québec comptait 209 GMF accrédités et 44 cliniques réseaux sur son territoire.

5.2 Rémunération des médecins

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 ait été payé par la Régie. Les médecins non participants sont rémunérés directement par le patient selon le tarif exigé. 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 où 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.

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

Selon les données les plus récentes disponibles, la Régie a versé, en 2008-2009 un montant évalué à 4 057,6 millions de dollars aux médecins de la province, alors que le montant évalué pour les services médicaux hors de la province s'élevait à 10,6 millions de dollars.

5.3 Paiements aux hôpitaux

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

Les paiements versés en 2009-2010 aux établissements ayant mission de centre hospitalier pour les services de santé assurés fournis aux habitants du Québec se sont élevés à plus de 9 milliards de dollars, et les paiements versés aux centres hospitaliers de l'extérieur se sont élevés à environ 161,43 millions de dollars.



ONTARIO

INTRODUCTION

L'Ontario possède l'un des systèmes de santé financés par l'État les plus importants et les plus complexes au monde. Ce système est administré par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) de l'Ontario, et ses dépenses (y compris les dépenses d'immobilisations) ont dépassé 42 milliards de dollars en 2009-2010.

Le Ministère offre des services au public grâce notamment aux programmes suivants : assurance maladie, programme de médicaments, appareils et accessoires fonctionnels, santé mentale dans le contexte judiciaire et logement supervisé, soins de longue durée, soins à domicile, santé communautaire et publique ainsi que promotion de la santé et prévention des maladies. Il réglemente également les hôpitaux et les maisons de soins infirmiers, administre les laboratoires médicaux et coordonne les services de soins d'urgence.

Le Ministère a établi 14 réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) pour planifier, financer et intégrer les services de soins de santé locaux. En collaboration avec les RLISS qui sont responsables de la gestion des soins de santé à l'échelle locale, le Ministère dirige l'élaboration d'une orientation stratégique générale et l'établissement des priorités à l'égard du système de soins de santé provincial.

1.0 GESTION PUBLIQUE

1.1 Régime d'assurance-santé et autorité publique

Soins de santé et planification des soins de santé en Ontario

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

établissements de santé et par les médecins et les autres professionnels de la santé.

Des réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) ont été établis en vertu de la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* afin d'améliorer la santé des Ontariens par un meilleur accès à des services de santé de haute qualité, des soins de santé coordonnés et la gestion efficace et efficiente du système de santé à l'échelon local. Depuis le 1^{er} avril 2007, les RLISS sont entièrement responsables du financement, de la planification et de l'intégration des services de soins de santé à l'échelon local.

Les RLISS sont des organismes de la Couronne qui planifient, financent et intègrent les services de santé locaux dispensés par les hôpitaux, les centres d'accès aux soins communautaires, les foyers de soins de longue durée, les centres de santé communautaire, les services de soutien communautaire, les organismes de santé mentale et les organismes de lutte contre la toxicomanie.

La Loi réaffirme aussi les principes de la *Loi sur les services en français* visant à garantir un accès équitable à des services en français pour les Ontariens d'expression française.

1.2 Liens hiérarchiques

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

La *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* oblige les RLISS à préparer un rapport annuel à l'intention du ministre, qui doit déposer les rapports à l'Assemblée législative de l'Ontario.

Le MSSLD de l'Ontario a des ententes de responsabilisation avec chaque RLISS où sont précisés les buts et les objectifs de rendement des réseaux. Les ententes prévoient aussi les affectations des fournisseurs de services de santé. Les dispositions législatives confèrent également aux RLISS le pouvoir de financer les fournisseurs de services de santé et de conclure avec chacun d'eux des ententes de responsabilisation à l'égard des services.

1.3 Vérification des comptes

Le Bureau du vérificateur général de la province effectue une vérification annuelle du MSSLD. Le rapport

annuel de 2009 du vérificateur général a été publié le 7 décembre 2009.

Les comptes et les transactions du MSSLD sont publiés annuellement dans les Comptes publics de l'Ontario. Les Comptes publics de l'Ontario de 2009-2010 ont été rendus publics le 23 août 2010.

2.0 INTÉGRALITÉ

2.1 Services hospitaliers assurés

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

Les services hospitaliers assurés aux malades hospitalisés¹ comprennent les services médicalement nécessaires suivants : l'utilisation des salles d'opération, des salles d'accouchement et des installations d'anesthésie; les services infirmiers nécessaires; les actes de laboratoire, de radiologie ou autres actes de diagnostic ainsi que les interprétations nécessaires pour préserver la santé, prévenir les maladies et aider à diagnostiquer et à traiter les blessures, les maladies et les incapacités, par exemple : le matériel et l'équipement pour la dialyse; les produits pharmaceutiques, les produits biologiques et les préparations connexes; l'hébergement et les repas en salle commune.

Les services hospitaliers assurés aux malades externes comprennent les services médicalement nécessaires suivants : les actes de laboratoire, de radiologie ou autres actes de diagnostic; l'utilisation des installations de radiothérapie, d'ergothérapie, de physiothérapie et d'orthophonie, là où elles sont disponibles; l'utilisation des services de conseils diététiques; l'usage des salles d'opération et des installations d'anesthésie; les fournitures chirurgicales; les services infirmiers nécessaires; la fourniture de médicaments, de produits biologiques et de préparations connexes lorsqu'il est médicalement nécessaire d'hospitaliser les patients externes pour les administrer, y compris les vaccins, les médicaments anticancéreux, les produits biologiques et les préparations connexes (sous réserve de certaines exceptions) lorsque des services hospitaliers sont nécessaires à leur administration; l'équipement, les fournitures et les médicaments fournis aux patients hémophiles pour usage à la maison; certains médicaments.

2.2 Services médicaux assurés

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

En vertu du paragraphe 37.1(1) du Règlement 552 de la *Loi sur l'assurance-santé* de l'Ontario, un service dont la prestation est assurée par un médecin constitue un service assuré s'il est médicalement nécessaire, s'il figure sur le barème des prestations pour les services médicaux et s'il est fourni dans les circonstances ou conditions précisées dans cet barème. Les médecins assurent la prestation des services médicaux, chirurgicaux et diagnostiques, y compris des services de santé primaires. Les services sont offerts dans une variété de cadres, y compris les cabinets privés, les centres de santé communautaire, les hôpitaux, les établissements psychiatriques, les établissements de santé autonomes autorisés et les foyers de soins de longue durée.

En termes généraux, les services médicaux assurés sont les suivants : le diagnostic et le traitement des incapacités médicales et des états pathologiques; les examens et les tests médicaux; les actes chirurgicaux; les soins 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 régulièrement l'objet d'un examen et d'une révision afin de tenir compte de la pratique actuelle de la médecine et des nouvelles technologies. Des services peuvent être ajoutés, les services actuels peuvent être révisés et les services désuets peuvent être éliminés par le truchement d'une modification réglementaire. Ce processus prévoit la consultation de l'Association médicale de l'Ontario.

En 2009-2010, les médecins pouvaient, aux termes de l'article 15 de la *Loi sur l'assurance santé*, présenter directement au bureau du RASO leurs réclamations à l'égard de tous les services assurés fournis aux assurés, ou, comme le prévoit l'article 15.2 de la Loi, un nombre limité d'entre eux pouvait faire payer la personne assurée (voir également la Partie II de la *Loi de 2004 sur l'engagement d'assurer l'avenir de l'assurance-santé*). Le terme « médecin ayant opté pour le retrait du régime d'assurance-santé » désigne généralement les médecins qui ne facturent pas directement le RASO. Un médecin qui s'est retiré du régime facture le service au patient (sans dépasser le montant du barème des prestations), et ce dernier peut ensuite se faire rembourser par le RASO. Toutefois, la *Loi sur l'engagement d'assurer l'avenir de l'assurance-santé*, promulguée le 23 septembre 2004,

1. La liste complète des services offerts en milieu hospitalier est présentée aux articles 7 à 11 du Règlement 552, adopté en vertu de la *Loi sur l'assurance-santé*.

restreint à un nombre fixe (sur la base d'une clause de maintien des droits acquis) le nombre de médecins pouvant se retirer du régime.

Pour exercer en Ontario, un médecin doit être inscrit au tableau de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario.

Environ 25 166 médecins ont soumis des réclamations au RASO en 2009-2010. Ces chiffres comprennent les réclamations de médecins rémunérés à l'acte et celles de médecins faisant partie d'autres régimes de rémunération qui ont soumis des réclamations pro forma ou de suivi.

2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

Certains services de chirurgie dentaire sont établis en tant que services assurés à l'article 16 du Règlement 552 de la *Loi sur l'assurance-santé* et dans la liste des prestations dentaires. La *Loi sur l'assurance-santé* autorise le RASO à couvrir un nombre limité de procédures quand le service assuré est médicalement nécessaire, fourni dans un hôpital public coté d'après la *Loi sur les hôpitaux publics* en tant que groupe A, B, C ou D et exécuté par un chirurgien-dentiste qui fait partie du personnel dentaire de l'hôpital public.

En 2009-2010, 277 dentistes et chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux ont fourni des services de chirurgie dentaire assurés en Ontario.

2.4 Services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

Les services hospitaliers non assurés incluent les chambres privées ou semi-privées sauf si elles sont prescrites 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; la fourniture de médicaments à emporter à la maison, avec certaines exceptions prévues par le règlement; les visites de malades externes à un hôpital de la province visant l'administration de médicaments pour lesquels l'hospitalisation n'est pas médicalement nécessaire.

Les services médicaux et de soutien qui ne constituent pas des services assurés sont énumérés à l'article 24 du Règlement 552.

Les services médicaux non assurés comprennent notamment : les services non médicalement nécessaires; la préparation ou la fourniture d'un médicament, d'un antigène, d'un antisérum ou d'une autre substance, à moins que ce soit pour faciliter un acte ou un examen; les

conseils donnés par téléphone à la demande de l'assuré ou d'une personne qui le représente; les entrevues ou les études de cas en groupe, dans certaines circonstances; la préparation et la transmission des dossiers à la demande de l'assuré, avec certaines exceptions; un service reçu totalement ou en partie en vue d'établir ou de remplir un document ou de communiquer des renseignements à un tiers dans des circonstances spécifiées; l'établissement ou l'achèvement d'un document ou la communication de renseignements à toute personne autre que l'assuré, dans des circonstances spécifiées; la remise d'une ordonnance sans qu'un service assuré concomitant ne soit rendu; les traitements d'acupuncture; les tests psychologiques; les programmes de recherche et d'essai; les traitements expérimentaux; les frais d'appels interurbains.

3.0 UNIVERSALITÉ

3.1 Admissibilité

Le Règlement 552 de la *Loi sur l'assurance-santé* énonce les critères d'admissibilité au RASO.

Pour être considéré comme un résident de l'Ontario et être couvert par le RASO, il faut :

- être citoyen canadien ou avoir le statut d'immigrant, conformément au Règlement 552 adopté en vertu de la *Loi sur l'assurance-santé*;
- établir sa résidence habituelle en Ontario;
- sous réserve de certaines exceptions, être effectivement présent en Ontario pendant au moins 153 jours par période de 12 mois;
- en ce qui concerne la plupart des nouveaux résidents ou des résidents de retour dans la province, être effectivement présent en Ontario pendant 153 des 183 premiers jours suivant la date à laquelle la résidence a été établie en Ontario (autrement dit, une personne ne peut être absente de la province plus de 30 jours au cours de ses six premiers mois de résidence).

N'est pas admissible à la couverture du régime quiconque ne répond pas à la définition de résident de l'Ontario, y compris quiconque n'a pas le statut d'immigrant conformément au Règlement 552, par exemple un touriste, une personne de passage ou une personne en visite dans la province. D'autres catégories de personnes, comme les détenus des pénitenciers fédéraux, les membres des Forces canadiennes et le personnel gradé de la Gendarmerie royale canadienne, n'ont pas besoin d'être couvertes par le régime de l'Ontario, l'étant déjà par un régime de soins de santé fédéral.

Les personnes non admissibles dont le statut ou la situation en matière de résidence changent, p. ex. changement du statut d'immigrant, peuvent le devenir en présentant une demande et sous réserve de satisfaire aux exigences du Règlement 552.

S'il est déterminé qu'une personne n'est pas ou n'est plus admissible à la couverture du RASO, une demande de révision de la décision peut être soumise au MSSLD. Toute personne peut faire une telle demande de révision par le Ministère en s'adressant par écrit au Comité d'examen de l'admissibilité à l'Assurance-santé.

Le MSSLD est le seul payeur des services médicaux, hospitaliers et de chirurgie dentaire assurés du RASO. Un résident de l'Ontario admissible ne peut s'inscrire à un autre régime d'assurance ni obtenir de ce régime des prestations à l'égard de services assurés par le RASO sauf au cours d'une période d'attente.

En date du 31 mars 2010, environ 13 millions de résidents de l'Ontario étaient inscrits au RASO et avaient une carte Santé valide et active.

3.2 Autres catégories de personnes

Le MSSLD fournit la couverture par le RASO à d'autres résidents de l'Ontario qui ne sont ni citoyens canadiens ni résidents permanents (immigrants reçus). Ces résidents doivent fournir des documents acceptables attestant leur statut d'immigrant admissible, l'établissement de leur résidence en Ontario et leur identité, comme les demandeurs qui sont citoyens canadiens ou résidents permanents (immigrants reçus).

Les personnes énumérées ci-après qui résident en Ontario peuvent être admissibles à la couverture par le RASO conformément au Règlement 552 adopté en vertu de la *Loi sur l'assurance-santé*. Les clients qui présentent une demande de couverture aux termes d'une des catégories énumérées ci-dessous devraient communiquer avec le Centre ServiceOntario de leur région pour obtenir de plus amples renseignements.

Demandeurs du statut de résident permanent ou demandeurs du droit d'établissement : Ce sont les personnes qui ont présenté une demande de statut de résident permanent ou d'immigrant reçu à Citoyenneté et Immigration Canada (CIC), dont la demande n'a pas encore été approuvée et pour lesquelles CIC a confirmé qu'elles remplissent les conditions d'admissibilité pour présenter une demande de résidence permanente au Canada.

Personnes protégées : Ce sont les personnes qui sont réputées être des personnes protégées au sens de la *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés*. La période d'attente de trois mois ne s'applique pas à ce groupe de personnes.

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

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

Un travailleur étranger est admissible à la couverture par le Régime d'assurance-maladie de l'Ontario s'il a reçu de CIC un permis de travail, une autorisation d'emploi ou tout autre document qui lui permet de travailler au Canada et qui a conclu une entente officielle de travail à temps plein avec un employeur en Ontario. Le nom de l'employeur et le poste que la personne occupera chez celui-ci doivent figurer sur le permis de travail, tout autre document délivré par CIC ou la lettre fournie par l'employeur, et il doit être indiqué dans le document que la personne travaillera pour celui-ci pendant une période minimale de six mois consécutifs.

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

Aides familiaux résidents : Les aides familiaux résidents admissibles sont les personnes qui possèdent un permis de travail ou une autorisation d'emploi valide conformément au Programme concernant les aides familiaux résidents (PAFR) administré par CIC. En ce qui concerne les travailleurs du PAFR, il n'est pas obligatoire que le permis de travail ou l'autorisation d'emploi énumère les trois conditions d'emploi particulières requises visant tous les autres travailleurs étrangers.

Personnes qui demandent la citoyenneté canadienne : Ces personnes sont admissibles à la couverture par le Régime d'assurance-maladie de l'Ontario si elles ont présenté une demande de citoyenneté canadienne aux termes de l'article 5.1 de la *Loi sur la citoyenneté* fédérale, même si leur demande n'a pas encore été approuvée, pourvu que CIC ait confirmé que ces personnes remplissent les conditions d'admissibilité pour présenter une demande de citoyenneté en vertu de cette loi et que la demande n'ait pas été refusée.

Travailleurs agricoles migrants : Les travailleurs agricoles migrants sont des personnes qui détiennent un permis de travail ou une autorisation d'emploi conformément au Programme des travailleurs saisonniers agricoles administré par CIC. En raison de la nature particulière de leur emploi, les travailleurs agricoles migrants sont considérés comme des résidents (ils n'ont pas besoin d'être résidents pendant une période minimale de cinq mois, ni d'avoir leur résidence habituelle en Ontario) et sont exemptés de la période d'attente de trois mois pour être admissibles au RASO.

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

Enfants adoptés à l'étranger : Un enfant âgé de moins de 16 ans qui est adopté par un résident de l'Ontario est admissible au RASO, pourvu qu'il ait un statut de citoyen ou d'immigrant admissible et qu'il satisfasse aux obligations de résidence prévues par le Règlement 552 adopté en vertu de la *Loi sur l'assurance-santé*. De plus, cet enfant peut être exempté de la période d'attente de trois mois si l'adoption satisfait aux exigences énoncées dans le Règlement 552.

3.3 Primes

Les Ontariens n'ont pas à payer de primes pour être couverts par le RASO. La contribution-santé de l'Ontario est prélevée par le système d'impôt sur le revenu provincial et n'est d'aucune façon liée à l'inscription ou à

l'admissibilité à l'assurance-maladie. La responsabilité de l'administration de la contribution-santé de l'Ontario incombe au ministre des Finances de l'Ontario.

4.0 TRANSFÉRABILITÉ

4.1 Période d'attente minimale

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

Conformément à la section 5 du Règlement 552 adopté en vertu de la *Loi sur l'assurance-santé* et conformément à l'Accord interprovincial sur l'admissibilité et la transférabilité, les personnes qui déménagent de façon permanente en Ontario en provenance d'une autre province ou d'un territoire du Canada seront normalement admissibles à la couverture du RASO après le dernier jour du deuxième mois complet suivant l'établissement de leur résidence.

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

4.2 Couverture durant des absences temporaires au Canada

Les services assurés fournis à l'extérieur de la province sont précisés aux articles 28, 28.0.1 et 29 à 32 du Règlement 552 de la *Loi sur l'assurance-santé*.

L'Ontario respecte les conditions de l'Accord interprovincial sur l'admissibilité et la transférabilité, qui prévoit que les résidents assurés de l'Ontario temporairement absents de la province peuvent utiliser leur carte Santé de l'Ontario pour obtenir des services médicaux (sauf au Québec) et hospitaliers assurés ailleurs au Canada.

Un assuré qui quitte temporairement l'Ontario pour voyager au Canada, sans établir sa résidence dans une autre province ou un territoire, peut continuer d'être

couvert par le RASO pendant une période maximale de 12 mois.

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

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

Conformément au Règlement 552 adopté en vertu de la *Loi sur l'assurance-santé*, la plupart des résidents assurés qui désirent voyager, travailler ou étudier à l'extérieur de l'Ontario, mais au Canada, et conserver la couverture du RASO, doivent avoir résidé dans la province pendant au moins 153 jours au cours de la période de 12 mois précédant immédiatement leur départ de l'Ontario.

L'Ontario participe aux ententes de facturation réciproque des services aux malades hospitalisés et externes conclues entre toutes les provinces et les territoires. Le paiement est fait au taux d'hospitalisation en vigueur dans la province ou le territoire où le malade a été hospitalisé.

Dans le cas des consultations externes, l'Ontario paie les frais standard autorisés par le Comité de coordination des ententes interprovinciales en assurance-santé. L'Ontario participe également aux ententes de facturation réciproque des services médicaux assurés conclues entre les provinces et les territoires à l'exception du Québec (qui n'a signé aucune entente de facturation réciproque des services médicaux avec une autre province ou un territoire). Les résidents de l'Ontario qui peuvent être tenus de payer les services médicaux reçus au Québec peuvent présenter leurs reçus au MSSLD pour que ces services leur soient remboursés à titre de services assurés aux taux en vigueur en Ontario.

4.3 Couverture durant des absences temporaires à l'extérieur du Canada

Les dispositions qui régissent la couverture du Régime d'assurance-maladie durant des absences prolongées à l'étranger de résidents assurés de l'Ontario sont les articles 1.7 à 1.14 inclusivement du Règlement 552 de la *Loi sur l'assurance-santé*.

Aux termes des articles susmentionnés, le MSSLD fournit aux résidents assurés de l'Ontario la couverture continue du RASO pendant des séjours à l'étranger excédant 212 jours (sept mois) par période de 12 mois.

Le Ministère exige que les résidents demandent cette couverture au MSSLD avant leur départ et qu'ils fournissent des documents expliquant les raisons de leur séjour à l'étranger. Conformément à la réglementation et à la politique du MSSLD, la plupart des demandeurs doivent également avoir résidé en Ontario au moins 153 jours pendant chacune des deux périodes consécutives de 12 mois précédant la date prévue de leur départ.

La période pendant laquelle le MSSLD fournira à une personne la couverture continue du RASO durant une absence prolongée à l'étranger varie en fonction de la raison de l'absence, comme suit :

RAISON	COUVERTURE DU RASO
Études	Durée du programme d'études à temps plein dans un établissement d'enseignement (illimitée)
Travail	Pour un maximum de cinq périodes d'un an (consécutives ou non)
Bénévolat	Pour un maximum de cinq périodes d'un an (consécutives ou non)
Vacances ou autres	Pour un maximum de deux périodes d'un an (consécutives ou non)

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

Les services fournis à l'étranger sont couverts en vertu des articles 28.1 à 28.6 inclusivement et des articles 29 et 31 du Règlement 552 adopté en vertu de la *Loi sur l'assurance-santé*.

Les frais des services hospitaliers d'urgence fournis à l'étranger sont remboursés au taux quotidien fixé par l'Ontario, à savoir :

- un maximum de 400 \$CAN pour les services aux malades hospitalisés;
- un maximum de 50 \$CAN pour les services aux malades externes (sauf dans le cas de la dialyse);
- un maximum de 210 \$CAN pour les services aux malades externes, y compris la dialyse.

Au cours de 2009-2010, les services d'urgence médicalement nécessaires rendus à l'étranger par des médecins ont été remboursés aux taux de l'Ontario prévus dans le règlement d'application de la *Loi sur l'assurance-santé* ou, au taux facturé, si ce dernier était inférieur. Les frais des services d'urgence médicalement nécessaires ou des services fournis à l'étranger à des malades hospitalisés ou externes sont remboursés seulement lorsqu'ils ont été rendus dans un hôpital ou un établissement de santé autorisé. Les services de laboratoire médicalement nécessaires fournis à l'étranger dans une situation d'urgence sont remboursés au montant calculé selon la formule énoncée à l'alinéa 29(1)b) du Règlement ou au montant facturé si ce dernier est inférieur, lorsque ces services sont rendus par un médecin, et au montant calculé selon la formule énoncée à l'article 31 du Règlement, lorsqu'ils sont rendus par un laboratoire.

4.4 Nécessité d'une approbation préalable

Aux termes de l'article 28.4 du Règlement 552 de la *Loi sur l'assurance-santé*, il est nécessaire d'obtenir une approbation préalable écrite du MSSLD pour le paiement de services de santé non urgents reçus à l'étranger avant que les services médicaux soient fournis. Le patient peut avoir droit à la couverture complète de services de santé assurés reçus à l'étranger lorsqu'un traitement identique ou équivalent n'est pas offert en Ontario ou que le délai d'obtention du traitement est tel qu'il peut causer des lésions tissulaires irréversibles importantes du point de vue médical ou mettre la vie du patient en danger.

En général, le Ministère accorde du financement si la demande d'approbation préalable établit ce qui suit :

- les services ou les tests ne sont pas médicalement nécessaires;
- les services ou les tests ne sont pas offerts en Ontario, ou un service identique ou équivalent est offert en Ontario, mais la personne assurée doit se rendre à l'étranger pour éviter une période d'attente qui risquerait d'entraîner son décès ou des lésions tissulaires irréversibles importantes du point de vue médical;

- les services ou les tests sont généralement acceptés par les membres de la profession médicale de l'Ontario comme étant appropriés pour une personne dans la même situation que la personne assurée;
- le service n'est pas fourni ou le test n'est pas effectué à titre expérimental;
- le service n'est pas fourni ou le test n'est pas effectué dans le cadre de recherches ou d'une étude;
- une approbation préalable écrite du paiement est accordée par le directeur général avant que les services soient fournis.

Les exigences liées au paiement des analyses de laboratoire non urgentes effectuées à l'étranger sont décrites à l'article 28.5 du Règlement 552 adopté en vertu de la *Loi sur l'assurance-santé*.

Il n'y a pas de processus d'approbation préalable officiel dans le cas de services fournis aux résidents admissibles de l'Ontario à l'extérieur de la province, mais à l'intérieur du Canada, si le service assuré est couvert par les ententes de facturation réciproque.

Les coûts liés aux instruments et médicaments non assurés ou expérimentaux qui sont approuvés pour utilisation clinique sont aux frais du patient, ou le patient doit avoir obtenu l'approbation préalable de sa province de résidence. Conformément à ce qui est indiqué à la section 4.2 du présent document, le Règlement 552 et l'Accord interprovincial sur l'admissibilité et la transférabilité garantissent aux résidents de l'Ontario qui s'absentent temporairement dans une autre province pour voyager, travailler ou étudier qu'ils sont toujours admissibles à la couverture du RASO.

5.0 ACCESSIBILITÉ

5.1 Accès aux services de santé assurés

Tous les services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire assurés sont disponibles pour les résidents de l'Ontario selon des modalités uniformes.

Tous les assurés ont droit à tous les services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire assurés, au sens de la *Loi sur l'assurance-santé* et des règlements applicables.

L'accessibilité aux services assurés est protégée en vertu de la partie II, « Accessibilité aux services de santé », de la *Loi sur l'engagement d'assurer l'avenir de l'assurance-santé*. La Loi interdit à une personne ou à une entité d'accepter ou de demander des honoraires ou d'autres avantages pour des services assurés rendus

à une personne assurée, à l'exception de ceux prévus par la Loi concernant les médecins ayant opté pour le retrait du régime d'assurance-santé. Elle interdit également aux médecins, aux praticiens et aux hôpitaux de refuser de fournir un service assuré à un assuré qui choisit de ne pas payer les frais globaux liés à un service non assuré. En outre, une personne ou une entité ne peut faire de paiements ni offrir ou recevoir des honoraires ou un autre avantage quelconque en échange d'un accès privilégié à un service assuré.

Le MSSLD fait enquête sur toutes les infractions possibles à la Partie II de la *Loi sur l'engagement d'assurer l'avenir de l'assurance-santé* qui sont portées à son attention. Si le Ministère découvre qu'un patient a été surfacturé, il s'assure que le montant est remboursé au patient.

Le MSSLD a mis en œuvre un système de validation des numéros de carte Santé pour aider les patients et les fournisseurs de soins à avoir accès à l'information demandée relative au RASO et au paiement des réclamations. Les fournisseurs de soins peuvent demander des privilèges de validation leur permettant de vérifier l'admissibilité d'un patient et le numéro ou code de version de sa carte Santé. Si un patient sans carte Santé en sa possession a besoin de services assurés, le fournisseur de soins peut obtenir les renseignements nécessaires en présentant au Ministère un formulaire de divulgation de numéro de carte Santé signé par le patient. Un processus accéléré permettant aux fournisseurs d'obtenir le numéro de carte Santé d'un patient est aussi offert en tout temps par ServiceOntario par le truchement du service de vérification des numéros de carte Santé.

Les hôpitaux publics ontariens n'ont pas le droit de refuser l'admission d'un patient si un tel refus mettait la vie de la personne en danger.

En ce qui concerne les soins de courte durée, les services prioritaires sont les services hospitaliers très spécialisés qui permettent d'intervenir lorsqu'un état pathologique met la vie du patient en danger. Ils sont souvent onéreux, et leur nombre croît rapidement, ce qui rend l'accès préoccupant. De façon générale, ils sont gérés à l'échelle provinciale, pour une période de temps donnée.

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

- certains services cardiovasculaires;
- certains services d'oncothérapie;
- les services liés aux maladies chroniques du rein;

- les services de soins intensifs;
- les dons d'organes et de tissus et les transplantations d'organes.

En 2009-2010, le MSSLD a continué d'administrer les initiatives ci-après afin d'améliorer l'accès aux services de soins de santé.

Le 5 mars 2010, le Ministère a annoncé la création de deux nouvelles initiatives : l'Initiative de recrutement et de maintien en poste pour le Nord et les régions rurales (NRRR) de ProfessionsSantéOntario, qui a été lancée le 1^{er} avril en vue de favoriser le recrutement et le maintien en poste des médecins dans les collectivités rurales et du Nord, et le Programme d'obligation de service postdoctoral de ProfessionsSantéOntario, qui vise à améliorer l'accès aux ressources médicales à l'échelle de la province.

Dans le cadre de l'Initiative NRRR, des bourses sont versées aux médecins et aux nouveaux diplômés en médecine qui acceptent d'exercer dans une collectivité du Nord ou une région fortement rurale (dont l'indice de ruralité de l'Ontario [IRO] est de 40 ou plus) ou dans l'un des cinq principaux centres urbains des services régionaux du Nord (Thunder Bay, Sudbury, North Bay, Sault Ste. Marie et Timmins). L'admissibilité des collectivités est déterminée en fonction de l'IRO, un indice stable et objectif. L'IRO est fondé sur la population (nombre et densité), le temps de déplacement pour se rendre à un centre offrant des soins médicaux et le temps de déplacement pour se rendre à un centre offrant des soins spéciaux avancés. L'Initiative contribuera à attirer plus de médecins et de nouveaux diplômés en médecine dans les collectivités rurales et du Nord.

Le Programme d'obligation de service postdoctoral aidera à améliorer l'accès aux ressources médicales à l'échelle de la province. Il permettra à toutes les collectivités de l'Ontario (à l'exception des régions de Toronto et d'Ottawa) de recruter des médecins qui doivent remplir des obligations de retour de service liées à leur formation postdoctorale.

Programme de subventions aux résidents du Nord pour frais de transport à des fins médicales : Les subventions accordées dans le cadre de ce programme aident à financer les frais de déplacement des résidents du Nord de l'Ontario qui doivent parcourir de longues distances pour obtenir, dans un établissement désigné, des services hospitaliers et des services médicaux spécialisés assurés par le RASO qui ne sont pas offerts dans leur localité. Le Programme favorise également l'utilisation des services spécialisés offerts dans le Nord de l'Ontario, ce qui encourage les spécialistes à pratiquer et à demeurer dans le Nord.

Soins de santé primaires : En 2009-2010, l'Ontario a continué d'harmoniser ses modèles existants et nouveaux de prestation des soins primaires en vue d'améliorer et d'accroître l'accès de tous les Ontariens à des services médicaux primaires. Les divers modèles de rémunération des médecins offrant des soins primaires favorisent l'accès à des soins de santé primaires intégrés à l'échelle de la province, ainsi que pour certains groupes cibles et dans les collectivités éloignées insuffisamment desservies.

5.2 Rémunération des médecins et services de chirurgie dentaire

Les médecins sont rémunérés selon divers modes pour les services qu'ils fournissent. Certains sont rémunérés à l'acte, et la rémunération est fondée sur le barème des prestations, conformément à la *Loi sur l'assurance-santé*. D'autres sont rémunérés selon des modèles de soins primaires (comme les modèles de paiement par capitation combinés), selon d'autres modèles de rémunération ou selon les nouveaux modèles prévus pour les médecins des centres de santé universitaires.

Trente-trois pour cent des omnipraticiens inscrits de l'Ontario sont uniquement rémunérés à l'acte. Les autres sont rémunérés dans le cadre d'initiatives de soins de santé primaires, comme les organisations de santé familiale, les réseaux de santé familiale, les groupes de santé familiale, les modèles de soins intégrés et les équipes de santé familiale – modèle salarial combiné. Le modèle des équipes de santé familiale s'inspire des modèles existants de rémunération des médecins de soins primaires en ce sens qu'il prévoit le financement de professionnels des soins de santé primaires de diverses disciplines qui font partie intégrante des équipes. Les médecins qui font partie d'équipes de santé familiale sont rémunérés selon un des trois modes de rémunération suivants : modèle de paiement par capitation combinés (comme les RSF ou les OSF), modèles complémentaires (EGMMRN ou autres ententes types spécialisées) et le modèle salarial combiné (pour les ESF communautaires).

Le MSSLD négocie la rémunération des médecins avec l'Association médicale de l'Ontario (AMO). Une entente quadriennale sur les services de médecin, en vigueur du mois d'avril 2008 au 31 mars 2012, a été conclue en octobre 2008. L'Entente de 2008 sur les services de médecin est axée sur la mise en œuvre de deux priorités clés du gouvernement, soit l'accès aux soins de santé familiale et la réduction des temps d'attente dans les services d'urgence. L'Entente ne prévoit pas d'augmentation générale. Des augmentations relatives

à des codes d'honoraires particuliers seront mises en place afin de répondre aux priorités du Ministère et de combler les écarts de revenus entre les sections de l'AMO. La révision des codes d'honoraires sera réalisée grâce à un investissement annuel dans le barème des prestations, dont 5 % la deuxième année, 3 % la troisième année et 4,25 % la quatrième année.

L'Entente comprend aussi des investissements dans des initiatives de recrutement et de maintien en poste et des programmes destinés aux régions rurales ou du Nord visant à favoriser la stabilité des médecins et des investissements dans d'autres domaines prioritaires du Ministère, comme la santé mentale, les services de diagnostic et les soins aux aînés. De plus, dans le cadre de l'Entente, 100 millions de dollars en financement fondé sur le rendement sont accordés pour la mise en place d'un nouveau Fonds pour la collaboration entre les RLISS et les médecins. Le Fonds vise à reconnaître et à récompenser les efforts à l'échelle locale des groupes de médecins œuvrant ensemble et en collaboration avec d'autres fournisseurs de services pour répondre aux besoins des patients dans quatre domaines principaux : médecins traitants responsables, services des urgences, patients sans médecin et soins hospitaliers sur appel.

En ce qui a trait aux services de chirurgie dentaire assurés, le MSSLD négocie les changements au barème des prestations avec l'Association dentaire de l'Ontario. En 2002-2003, le MSSLD et l'Association ont convenu d'un accord de financement pluriannuel pour les services dentaires. Cet accord est en vigueur depuis le 1^{er} avril 2003.

5.3 Paiements aux hôpitaux

Le système budgétaire de l'Ontario est un système de remboursement prospectif qui tient compte de l'augmentation de la charge de travail, de l'augmentation des coûts des services prioritaires de la province, des stratégies de réduction des temps d'attente et des coûts associés à une croissance du volume de services supérieure à la moyenne dans certaines régions. Les paiements sont versés aux hôpitaux deux fois par mois.

Dans le cadre de leurs responsabilités à l'égard du système de soins de santé local, les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) négocient des ententes de responsabilisation en matière de services hospitaliers (ERS-H) d'une durée de deux ans avec les hôpitaux et supervisent la Présentation de planification hospitalière annuelle (PPHA), qui précède les ententes de responsabilisation des services hospitaliers. Les paiements aux hôpitaux sont habituellement

établis d'après les allocations globales passées et les augmentations progressives pluriannuelles selon la croissance de la population et les prévisions en matière de demande de services du budget provincial disponible.

Les hôpitaux publics soumettent aux RLISS des PPHA qui sont le résultat de vastes consultations au sein des établissements (c'est-à-dire avec le personnel à tous les échelons, les syndicats, les médecins et le conseil) ainsi qu'au sein de la collectivité et de la région. Les PPHA sont fondées sur un budget pluriannuel et comprennent une planification pluriannuelle correspondante. Les données présentées dans les PPHA sont utilisées pour remplir des tableaux de volumes de services et fixer des cibles de rendement qui forment la base contractuelle de l'entente de responsabilisation des services hospitaliers.

L'ERS-H présente les conditions générales relatives aux services fournis par l'hôpital, les fonds qu'il recevra, le rendement attendu ainsi que les niveaux de service pour les services de base et les programmes de spécialité. Dans le cadre de l'entente, divers indicateurs de rendement servent à la surveillance, à la gestion et à l'évaluation. Ces indicateurs visent à présenter les aspects suivants pour chacun des hôpitaux :

- la santé organisationnelle (p. ex. pourcentage des infirmières à temps plein, congés de maladie);
- la santé financière (p. ex. ratio de liquidité générale, marge totale);
- l'accès des patients et les résultats pour ceux-ci (p. ex. volumes globaux, soit les volumes minimaux attendus pour les salles d'urgence, la réadaptation, la santé mentale et l'ensemble des soins de courte durée ainsi que les temps d'attente pour l'imagerie par résonance magnétique, la tomographie par ordinateur, le traitement chirurgical du cancer, les chirurgies de la hanche et du genou);

- l'intégration au système (p.ex. jours où d'autres niveaux de soins sont requis).

Les indicateurs ont tous une norme et un objectif de rendement destiné à inciter les hôpitaux à prendre une orientation précise dans un secteur. Les cibles et les secteurs de rendement font l'objet de négociations annuelles où le rendement et la contribution globale de l'hôpital sont pris en considération relativement à l'ensemble du système. Lorsque certains indicateurs ne font pas partie des secteurs visés et présentent un risque, l'hôpital et le RLISS élaborent un plan d'amélioration du rendement afin que l'hôpital soit en mesure d'atteindre ses objectifs.

Les ententes interprovinciales de facturation réciproque des services hospitaliers constituent des mesures administratives pratiques en vertu desquelles les gouvernements provinciaux et territoriaux remboursent les hôpitaux de leur province ou territoire pour des services assurés rendus à des patients dans une autre province ou un autre territoire.

Le MSSLD examine chaque année la réglementation et les tarifs, en ce qui concerne la quote-part exigée pour les services de soins de longue durée, en tenant compte des changements dans l'indice des prix à la consommation et dans les prestations de la Sécurité de la vieillesse. Il détermine alors s'il y a lieu de modifier la réglementation et les tarifs.

6.0 RECONNAISSANCE ACCORDÉE AUX TRANSFERTS FÉDÉRAUX

Le gouvernement de l'Ontario a reconnu publiquement la contribution fédérale au titre du Transfert canadien en matière de santé dans ses publications de 2009-2010.

PERSONNES INSCRITES					
	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
1. Nombre en date du 31 mars.	12 500 000 ²	12 600 000 ²	12 700 000 ²	12 800 000 ²	12 900 000

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE					
Établissements publics	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
2. Nombre (#).	152 ³	150 ³	150 ³	149 ³	149 ³
3. Paiement des services de santé assurés (\$).	12 300 000 000 ⁴	13 000 000 000 ⁴	13 600 000 000 ⁴	14 200 000 000 ⁴	14 800 000 000 ⁴
Établissements privés à but lucratif	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
4. Nombre d'établissements privés à but lucratif offrant des services de santé assurés (#).	n.d. ⁵				
5. Paiements aux établissements privés à but lucratif pour des services de santé assurés (\$).	n.d. ⁵				

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS AUX RÉSIDENTS DANS UNE AUTRE PROVINCE OU UN AUTRE TERRITOIRE					
	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
6. Nombre total de demandes – malades hospitalisés (#).	8 374	8 037	7 130	9 457	8 185
7. Total des paiements – malades hospitalisés (\$).	54 000 000	49 870 000	45 712 000	65 183 888	64 688 077
8. Nombre total de demandes – malades externes (#).	174 848	139 036	166 373	161 193	138 594
9. Total des paiements – malades externes (\$).	29 100 000	25 576 000	31 052 000	38 030 901	36 399 952

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA					
	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
10. Nombre total de demandes – malades hospitalisés (#).	23 845	20 800	24 327	21 869	28 223
11. Total des paiements – malades hospitalisés (\$).	66 916 271	76 828 432	113 663 332	136 036 532	91 456 638
12. Nombre total de demandes – malades externes (#).	n.d. ⁶				
13. Total des paiements – malades externes (\$).	n.d. ⁷				

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

3. Nombre d'hôpitaux financés par l'État, à l'exception des hôpitaux psychiatriques spécialisés. Ces derniers ont été exclus conformément aux directives du guide de présentation du RAALCS 2009/2010. Le nombre d'hôpitaux psychiatriques spécialisés a été soustrait des nombres des années précédentes afin d'harmoniser des derniers avec celui de 2009-2010.

4. Fonds versés aux hôpitaux publics à l'exception des hôpitaux psychiatriques spécialisés. Afin de respecter les directives concernant le changement apporté en 2009-2010 à la ligne 2 ci-dessus et pour des raisons de cohérence, les fonds versés aux hôpitaux psychiatriques spécialisés ont été soustraits des montants des années précédentes.

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

6. Inclus au numéro 10.

7. Inclus au numéro 11.

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE

	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
14. Nombre de médecins participants (#).	22 234	23 201	23 859	24 411	25 166
15. Nombre de médecins ayant opté pour le retrait du régime d'assurance-santé (#).	51	49	40	39	35
16. Nombre de médecins non participants (#).	n.d. ⁸				
17. Paiements totaux des services médicaux rémunérés pour l'ensemble des méthodes de paiement (\$).	7 072 813 000 ⁹	7 791 581 966 ⁹	8 410 478 000 ⁹	9 324 794 000 ⁹	10 033 761 000 ⁹
18. Total des paiements pour services médicaux rémunérés à l'acte (\$).	5 312 085 618	5 642 049 000	5 962 775 787	6 528 353 572	6 812 333 798

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

	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
19. Nombre de services (#).	573 830	627 375	759 570	683 377	596 430
20. Total des paiements (\$).	21 164 600	23 754 500	25 180 900	26 471 536	26 204 597

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA

21. Nombre de services (#).	200 723	182 693	211 323	247 741	216 715
22. Total des paiements (\$).	13 211 381	19 351 944	37 901 297	54 780 594	41 652 064

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

	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
23. Nombre de dentistes participants (#).	330	316	317	291	277
24. Nombre de services fournis (#).	87 111	92 264	91 540	99 212	99 427
25. Total des paiements (\$).	12 546 397	14 229 896	13 423 384	13 916 464	14 324 505

8. L'Ontario n'a aucun médecin non participant, seulement des médecins qui ont opté pour le retrait du Régime d'assurance-maladie et qui sont indiqués au numéro 15.

9. Les paiements totaux comprennent les paiements versés aux médecins de l'Ontario dans le cadre des programmes de paiement à l'acte, de soins primaires, des autres modes de paiement et des centres de santé universitaires ainsi que du programme d'appel des hôpitaux. Les services et les paiements liés aux programmes des autres praticiens, aux programmes hors du pays/hors de la province et aux laboratoires communautaires sont exclus.



MANITOBA

INTRODUCTION

Santé Manitoba fournit le leadership et le soutien nécessaires pour protéger, préserver et promouvoir la santé de tous les Manitobains. Les rôles et responsabilités du Ministère sont d'élaborer des politiques, des programmes et des normes, ainsi que d'évaluer les programmes et la gestion financière et de rendre compte à ces égards. De plus, le Ministère continue d'offrir des services directs particuliers dans des domaines liés à la santé mentale, aux diagnostics et aux laboratoires, à la prévention de la tuberculose et à l'inspection en matière de santé publique.

Santé Manitoba a toujours à cœur de respecter les principes de l'assurance-maladie et d'améliorer l'état de santé de tous les Manitobains. À l'appui de ces engagements, un certain nombre d'activités ont été entreprises en 2009-2010.

- Le virus de la grippe pandémique H1N1 est apparu au Mexique en mars 2009 et s'est propagé dans le monde entier. En avril 2009, une équipe de commandement de l'intervention a été formée pour assurer une approche homogène dans l'ensemble du secteur de la santé au cours de la pandémie.
- Cette équipe a collaboré avec le gouvernement du Canada, d'autres ministères provinciaux, les offices régionaux de la santé, des organisations des Premières nations et les syndicats.
- Compte tenu de l'envergure extrêmement vaste de l'intervention, Santé Manitoba pourra tirer des leçons et utiliser les structures mises sur pied dans d'éventuelles interventions d'urgence, par exemple en cas d'inondation ou d'incendie de forêt, de même que lors des futures campagnes d'immunisation contre la grippe saisonnière.
- En 2009-2010, Santé Manitoba a financé et coordonné la formation relative à l'initiative Advanced Access dans 16 cliniques de soins primaires et spécialisés, ce qui leur permet d'offrir à leurs patients la possibilité de consulter le jour même un fournisseur de soins primaires et en moins de cinq jours, un spécialiste. La phase 2 du programme a consisté

à dispenser la formation dans 14 autres cliniques de soins primaires et spécialisés.

- L'outil Patient Access Registry (PART, ou registre des patients) a été créé en janvier 2010 et il est mis en place à titre de système électronique de demande de consultation et de gestion des temps et des listes d'attente. L'outil a été mis en œuvre dans 15 % des cabinets de chirurgiens et de médecins spécialistes, y compris dans les régions de Winnipeg, de Burntwood, du Centre et d'Assiniboine.
- Des investissements continuent de financer la formation, le recrutement et le maintien en poste de professionnels de la santé.
- De nouveaux médicaments ont été approuvés dans le cadre du régime d'assurance-médicaments de la province pour le traitement du VIH, de la dégénérescence maculaire humide, de la schizophrénie et d'infections graves de l'oreille moyenne.
- Des mesures ont été prises pour satisfaire à d'importants besoins en matière de soins de courte durée, par exemple grâce à l'augmentation du nombre de places en dialyse et l'achat d'équipement diagnostique nouveau et de remplacement pour des établissements dans l'ensemble de la province.

1.0 GESTION PUBLIQUE

1.1 Régime d'assurance-santé et autorité publique

Le Régime d'assurance-maladie du Manitoba est administré par le ministère de la Santé en vertu de la *Loi sur l'assurance-maladie*, L.R.M. 1987, ch. H35.

Le Régime d'assurance-maladie du Manitoba est administré conformément aux dispositions de la *Loi sur l'assurance-maladie* qui s'appliquent aux coûts des services hospitaliers, des soins personnels, des soins médicaux et d'autres services de santé assurés aux termes des lois provinciales ou de leurs règlements.

Le ministre de la Santé est responsable de l'administration et du fonctionnement du Régime.

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



Aucune modification législative apportée à la Loi ou à son règlement au cours de l'exercice 2009-2010 n'a touché la gestion publique du Régime.

1.2 Liens hiérarchiques

Aux termes de l'article 6 de la *Loi sur l'assurance-maladie*, le ministre doit faire 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 session de celle-ci suivant sa réception. Si l'Assemblée ne siège pas, le rapport doit être déposé dans les 15 jours suivant le début de la session suivante.

1.3 Vérification des comptes

L'article 7 de la *Loi sur l'assurance-maladie* exige que le Bureau du vérificateur général du Manitoba (ou un autre vérificateur désigné par le Bureau du vérificateur général du Manitoba) fasse une vérification annuelle des comptes du Régime et prépare un rapport à ce sujet à l'intention du ministre. La dernière vérification, dont les résultats ont été communiqués au ministre et que le public peut consulter, vise l'exercice 2009-2010; le Rapport annuel 2009-2010 de Santé et Vie saine Manitoba en fait état et est disponible à <http://www.gov.mb.ca/health/ann/index.html>.

2.0 INTÉGRALITÉ

2.1 Services hospitaliers assurés

Les articles 46 et 47 de la *Loi sur l'assurance-maladie* de même que le Règlement sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des hôpitaux (R.M. 48/93) s'appliquent aux services hospitaliers assurés.

En date du 31 mars 2010, 96 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 d'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 les services suivants : l'hébergement et les repas en salle

commune; les soins infirmiers nécessaires; les services de laboratoire, de radiologie et autres services de diagnostic; les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes; les fournitures médicales et chirurgicales courantes; l'utilisation des salles d'opération, des salles d'accouchement et des installations d'anesthésie; l'utilisation des installations de radiothérapie, de physiothérapie, d'ergothérapie et d'orthophonie, là où elles existent.

Tous les services hospitaliers sont inscrits sur la liste des services hospitaliers disponibles dans le cadre du processus de planification en matière de santé. Les Manitobains ont de grandes attentes quant à la qualité des soins de santé et exigent ce qu'il y a de mieux en matière de connaissances médicales et de services lorsque leur état de santé personnel est en cause. À cet égard, Santé Manitoba se tient au courant des derniers progrès dans les sciences de la santé.

2.2 Services médicaux assurés

Le texte habilitant en ce qui concerne les soins médicaux assurés est le Règlement sur l'assurance relative aux soins médicaux (R.M. 49/93) pris en application de la *Loi sur l'assurance-maladie*.

Les médecins qui fournissent des services assurés au Manitoba doivent être légalement autorisés à exercer la médecine au Manitoba, détenir la licence prescrite et être inscrits au registre, conformément à la *Loi médicale*. En date du 31 mars 2010, 2 121 médecins participants étaient inscrits au registre de Santé Manitoba.

Un médecin peut, sur présentation d'un préavis écrit au ministre, choisir de percevoir lui-même ses honoraires pour les soins fournis aux assurés plutôt que de les recevoir du ministre, conformément à l'article 91 de la Loi et à l'article 5 du Règlement sur l'assurance relative aux soins médicaux. La décision de ne pas participer au Régime entre en vigueur le premier jour du mois suivant une période de 90 jours à compter de la date où le ministre reçoit l'avis.

Avant de fournir un service médical à un assuré, le médecin doit donner un préavis raisonnable de son intention de percevoir ses honoraires auprès de cette personne ou d'une autre, qui n'est pas le ministre. Il est tenu de soumettre, pour le compte de l'assuré, une demande de règlement au ministre; le médecin ne peut percevoir d'honoraires en sus des prestations exigibles à l'égard de ces services aux termes de la Loi ou du Règlement. À l'heure actuelle, aucun médecin du Manitoba n'a fait le choix de se retirer du Régime.

Le Règlement sur les frais engagés pour des soins médicaux assurés (R.M. 95/96) fournit la liste des soins médicaux assurés par Santé Manitoba. La couverture s'étend à tous les services de soins personnels médicalement nécessaires fournis par un médecin à un assuré et qui ne sont pas exclus aux termes du Règlement sur les services exclus (R.M. 46/93) pris en application de la Loi.

Au cours de l'exercice 2009-2010, un certain nombre de nouveaux services assurés ont été ajoutés au barème d'honoraires révisé. Il est possible de consulter le Guide des médecins en ligne à l'adresse suivante :

<http://www.gov.mb.ca/health/manual/index.html>
(en anglais seulement)

Pour faire inscrire un service médical à la liste des services assurés par Santé Manitoba, les médecins doivent présenter une proposition à Doctors Manitoba, qui négocie ensuite avec le Ministère, y compris en ce qui concerne les honoraires. Santé Manitoba peut également amorcer le processus.

2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

La liste des services de chirurgie dentaire assurés est fournie dans le Règlement sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des hôpitaux (R.M. 48/93) pris en application de la *Loi sur l'assurance-maladie*. Ces services sont assurés lorsqu'ils sont fournis par un chirurgien spécialisé en chirurgie dentaire et maxillo-faciale ou un dentiste autorisé à exercer dans un hôpital, et qu'il est nécessaire d'hospitaliser le patient afin d'accomplir l'acte correctement. Ce Règlement prévoit également des prestations relativement au coût des services d'orthodontie assurés dans les cas de fissure labiale et de fente palatine chez les personnes inscrites au programme avant leur dix-huitième anniversaire, et ce, lorsque les services sont fournis par un orthodontiste autorisé.

Les fournisseurs de services dentaires peuvent, à l'instar des médecins, décider de percevoir leurs honoraires directement auprès du patient, auquel cas ils ne doivent pas facturer au patient ou recevoir de celui-ci des honoraires en sus des prestations exigibles aux termes de la Loi ou du Règlement. En date du 31 mars 2010, aucun fournisseur de services dentaires n'avait fait le choix de se retirer du Régime.

Pour faire inscrire un service dentaire à la liste des services assurés, le dentiste doit soumettre une proposition à l'Association dentaire du Manitoba. Celle-ci 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), pris en application de la *Loi sur l'assurance-maladie*, définit les services qui ne sont pas assurés. Ce sont : les examens et les rapports établis pour des raisons d'emploi, d'assurance, de fréquentation d'une université ou d'un camp, ou encore les services offerts à la demande de tiers; les services d'immunisation et autres services offerts à des groupes, sauf s'ils sont autorisés par Santé Manitoba; les soins que des médecins, des dentistes, des chiropraticiens ou des optométristes se donnent à eux-mêmes ou donnent aux personnes à leur charge; la préparation de dossiers, de rapports, de certificats, de communications et de témoignages devant un tribunal; le kilométrage ou le temps de déplacement; les services de psychologues, de podologues et d'autres praticiens dont les services ne sont pas mentionnés dans la loi; la fécondation in vitro; l'enlèvement de tatouages; l'ajustement de lentilles cornéennes; le rétablissement de la fécondité; la psychanalyse.

Le Règlement sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des hôpitaux prévoit que les services en milieu hospitalier comprennent les fournitures médicales et chirurgicales courantes, ce qui permet d'assurer un accès raisonnable à tous les résidents. Les offices régionaux de la santé et Santé Manitoba vérifient la conformité à cette disposition.

Tous les résidents du Manitoba jouissent de l'égalité d'accès aux services. Les tiers, comme les assureurs privés et la Commission des accidents du travail, n'ont pas accès en priorité aux services en versant un supplément. Le Manitoba n'a aucun processus officiel pour surveiller la conformité; toutefois, les commentaires des médecins, des administrateurs d'hôpitaux, des professionnels de la santé et du personnel permettent aux offices régionaux de la santé ainsi qu'à Santé Manitoba de se tenir au courant des préoccupations relatives à l'usage et aux services.

Pour retirer un service de la liste des services assurés, le Ministère prépare une demande qu'il soumet à l'approbation du Cabinet. La décision de tenir ou non une consultation publique est prise au cas par cas, selon le service en cause.

En 2009-2010, aucun service n'a été supprimé de la liste des services assurés par Santé Manitoba.

3.0 UNIVERSALITÉ

3.1 Admissibilité

La *Loi sur l'assurance-maladie* définit les modalités d'admissibilité des résidents du Manitoba au Régime d'assurance-maladie de la province. Le paragraphe 2(1) 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 effectivement présente au moins six mois par année civile. Cette définition vise également toute autre personne correspondant à la définition de résident en vertu des règlements, mais exclut, sauf indication contraire du ministre, les personnes qui sont titulaires d'un permis de séjour temporaire délivré sous le régime de la *Loi sur l'immigration* et la protection des réfugiés (Canada) ainsi que les visiteurs, les personnes de passage et les touristes.

Les paragraphes 7(1) et 8(1) du Règlement sur la résidence et l'inscription (R.M. 54/93) élargissent la définition de « résidence ». Aux termes du paragraphe 7(1), les personnes qui s'absentent du Manitoba pendant au plus 24 mois consécutifs pour faire œuvre de missionnaires, occuper un emploi à l'étranger ou prendre un congé sabbatique peuvent conserver leur statut de résident de cette province, tout comme les étudiants qui fréquentent à temps plein un établissement d'enseignement reconnu. Par ailleurs, aux termes du paragraphe 8(1), les personnes légalement autorisées à travailler au Manitoba et qui détiennent un permis de travail valide pour au moins 12 mois sont réputées être résidentes.

L'article 6 du Règlement sur la résidence et l'inscription définit la période d'attente au Manitoba :

« 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-maladie 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*; *Loi sur la réadaptation des anciens combattants*; toute autre loi d'une autre autorité législative (paragraphe 2(2) du Règlement sur les services exclus). Les résidents exclus aux

termes de ce paragraphe sont les membres des Forces canadiennes ou de la Gendarmerie royale du Canada (GRC) et les détenus d'un pénitencier fédéral. Les résidents libérés des Forces canadiennes ou de la GRC ainsi que les détenus libérés d'un pénitencier fédéral sans personnes à charge qui sont des résidents de la province deviennent admissibles à la couverture du Régime manitobain. Aux termes du paragraphe 2(3) du Règlement sur la résidence et l'inscription (R.M. 54/93), ces personnes ont un mois, lorsqu'elles changent de statut, pour s'inscrire auprès de Santé Manitoba.

Pour les besoins de la délivrance des cartes d'assurance-maladie, les personnes doivent aviser Santé Manitoba, documents à l'appui, qu'elles sont légalement autorisées à être au Canada et qu'elles ont l'intention d'habiter au Manitoba pendant six mois consécutifs. Elles doivent aussi fournir une adresse de résidence principale dans la province. À la réception de ces renseignements, Santé Manitoba délivre une carte d'inscription à la personne ainsi qu'à toutes les personnes admissibles à sa charge.

Au Manitoba, deux numéros sont associés à la santé : le numéro d'inscription est un numéro à six chiffres attribué à une personne de 18 ans ou plus qui n'est pas réputée être une personne à charge. Santé Manitoba utilise ce numéro afin de régler toutes les demandes de remboursement de soins médicaux pour cette personne et les personnes à sa charge désignées. Un numéro d'identification médical personnel (NIMP) de neuf chiffres est utilisé pour le paiement de tous les services hospitaliers et pour le régime provincial de médicaments.

En date du 31 mars 2010, il y avait 1 228 246 résidents inscrits au Régime d'assurance-maladie du Manitoba.

Le régime de Santé Manitoba ne prévoit aucune possibilité de retrait pour les résidents.

3.2 Autres catégories de personnes

Aux termes du paragraphe 8(1) du Règlement sur la résidence et l'inscription (R.M. 54/93), les travailleurs temporaires doivent être titulaires d'un permis de travail délivré par Citoyenneté et Immigration Canada (CIC) les autorisant à travailler au moins 12 mois consécutifs, être effectivement présents au Manitoba et être légalement autorisés à demeurer au Canada pour bénéficier de la couverture offerte par Santé Manitoba. En date du 31 mars 2010, 6 002 titulaires d'un permis de travail étaient couverts par le Régime d'assurance-maladie du Manitoba. La définition de « résident » selon la *Loi sur l'assurance-maladie* autorise le ministre de la Santé ou

son mandataire désigné à rendre admissibles à la couverture les titulaires de permis ministériels délivrés aux termes de la *Loi sur l'immigration* (Canada). Aucune modification législative apportée à la Loi ou au Règlement au cours de l'exercice 2009-2010 n'a touché l'universalité.

4.0 TRANSFÉRABILITÉ

4.1 Période d'attente minimale

L'article 6 du Règlement sur la résidence et l'inscription (R.M. 54/93) fixe la période d'attente pour les assurés d'une autre province ou d'un territoire. Un résident qui, immédiatement avant son arrivée au Manitoba, habitait dans une autre province ou dans un territoire du Canada est assuré le premier jour du troisième mois qui suit le mois de son arrivée.

4.2 Couverture durant des absences temporaires au Canada

Le paragraphe 7(1) du Règlement sur la résidence et l'inscription (R.M. 54/93) définit les règles de transférabilité de l'assurance-maladie pendant des absences temporaires au Canada.

Les étudiants sont réputés être des résidents et continuent d'être couverts par le Régime manitobain pendant toute la période où ils sont inscrits à temps plein dans un établissement d'enseignement reconnu. Une deuxième disposition stipule qu'ils doivent avoir l'intention de revenir au Manitoba et d'y résider à la fin de leur programme d'études. Le Manitoba a des ententes officielles de facturation réciproque des services hospitaliers avec toutes les provinces et chacun des territoires canadiens. Il a un accord bilatéral avec la Saskatchewan pour les résidents de la Saskatchewan qui reçoivent des soins dans les localités frontalières du Manitoba.

Les soins aux malades hospitalisés sont payés selon les taux normaux approuvés par la province ou le territoire d'accueil. Les paiements versés pour les services en hôpital, les actes médicaux à coût élevé et les services en consultation externe sont fondés sur les taux nationaux établis par les régimes de santé provinciaux ou territoriaux. Ils comprennent tous les services médicalement nécessaires de même que les coûts relatifs aux soins d'urgence.

Les soins médicaux reçus dans toutes les provinces, à l'exception du Québec, et tous les territoires sont payés

en vertu d'ententes de facturation réciproque aux taux de la province ou du territoire d'accueil. Les demandes de remboursement pour soins médicaux reçus au Québec sont soumises par le patient ou le médecin à Santé Manitoba, qui les réglera selon les taux en vigueur dans la province d'accueil.

4.3 Couverture durant des absences temporaires à l'extérieur du Canada

Le paragraphe 7(1) du Règlement sur la résidence et l'inscription (R.M. 54/93) définit les règles de transférabilité de l'assurance-maladie pendant les absences temporaires du Canada.

Les résidents qui travaillent à temps plein à l'étranger en vertu d'un contrat sont couverts par Santé Manitoba pendant un maximum de 24 mois consécutifs. Ils doivent retourner au Manitoba et y résider à la fin de leur contrat. Les membres du clergé qui vont en mission pour le compte d'une organisation religieuse ayant le statut d'organisme de bienfaisance au sens de la *Loi de l'impôt sur le revenu* (Canada) sont couverts par Santé Manitoba pour un maximum de 24 mois consécutifs. Les étudiants sont réputés être des résidents et continuent d'être couverts pendant la durée de leur inscription à temps plein dans un établissement d'enseignement reconnu. Une deuxième disposition stipule qu'ils doivent avoir l'intention de revenir au Manitoba et d'y résider à la fin de leur programme d'études. Les résidents en congé sabbatique ou en congé d'études sont couverts par Santé Manitoba pendant un maximum de 24 mois consécutifs. Ces personnes doivent retourner au Manitoba et y résider à la fin de leur congé.

Pour chacune de ces catégories, la couverture 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 par suite d'une urgence ou d'une maladie subite pendant une absence temporaire sont payés comme suit :

Les services aux malades hospitalisés sont payés selon un taux journalier fondé sur la taille de l'établissement :

- de 1 à 100 lits : 280 \$
- de 101 à 500 lits : 365 \$
- plus de 500 lits : 570 \$

Les services aux malades externes sont payés selon le taux fixe de 100 \$ la consultation, ou de 215 \$ la séance d'hémodialyse.

Étant donné la diversité des hôpitaux dans les régions rurales et les régions urbaines, le calcul de ces taux est complexe.

Les Manitobains ayant besoin de services hospitaliers médicalement nécessaires qui ne sont pas offerts au Manitoba ni ailleurs au Canada peuvent être admissibles au remboursement des coûts engagés aux États-Unis en fournissant à Santé Manitoba une recommandation de leur spécialiste indiquant qu'ils ont besoin d'un service médicalement nécessaire précis. Les soins médicaux reçus aux États-Unis sont payés au taux équivalent établi pour des services semblables fournis au Manitoba. Les services hospitaliers sont payés à un taux équivalent à au moins 75 % des frais imposés par l'hôpital pour les services assurés. Les services hospitaliers sont payés en devises américaines (articles 15 à 23 du Règlement sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des hôpitaux).

Lorsque Santé Manitoba a préalablement approuvé le paiement des services fournis à l'étranger et que le montant approuvé est inférieur au total facturé pour les services assurés, il peut accorder des fonds supplémentaires, en se basant sur les besoins financiers.

4.4 Nécessité d'une approbation préalable

L'approbation préalable de Santé Manitoba n'est pas exigée pour les services fournis ailleurs au Canada ou les soins urgents fournis à l'étranger. Elle l'est toutefois pour les soins hospitaliers et médicaux facultatifs fournis à l'étranger. Pour faire approuver le paiement, un médecin spécialiste compétent doit s'adresser à Santé Manitoba.

Aucune modification législative apportée à la Loi ou aux règlements au cours de l'exercice 2009-2010 n'a touché la transférabilité.

5.0 ACCESSIBILITÉ

5.1 Accès aux services de santé assurés

Santé Manitoba veille à ce que les soins médicaux soient assurés en toute équité et à ce que tous les Manitobains y aient un accès raisonnable. Entré en vigueur le 1^{er} janvier 1999, le Règlement sur les établissements chirurgicaux (R.M. 222/98), pris en application de la Loi sur l'assurance-maladie, empêche les établissements chirurgicaux privés d'imposer des frais supplémentaires pour les soins médicaux assurés.

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 et protéger l'accès du public au système 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;
- des dispositions faisant en sorte qu'un établissement chirurgical ne puisse effectuer d'interventions nécessitant un séjour de plus de 24 heures et fonctionner ainsi comme un hôpital privé.

Santé Manitoba a mis sur pied un certain nombre d'initiatives visant à accroître l'accès aux services assurés, comme Advanced Access, le programme TélésOINS (destiné à aider les patients souffrant d'insuffisance cardiaque congestive ou de diabète à prendre en charge leur état de santé), ainsi que le projet pilote After-Hours Call Community Network (un réseau d'omnipraticiens en communication avec des patients au moyen du service Health Links – Info santé disponible 24 heures sur 24).

Tous les Manitobains ont accès aux services hospitaliers, dont les soins de courte durée, les traitements psychiatriques de longue durée, les soins de santé mentale, les soins palliatifs, les soins aux malades chroniques et l'évaluation et la réadaptation à long terme, ainsi qu'aux services des établissements de soins personnels. Le recours à l'hospitalisation a diminué au profit des services communautaires, des soins en consultation externe et des chirurgies d'un jour, qui sont aussi des services assurés.

Le nombre d'infirmières en exercice continue d'augmenter au Manitoba, grâce à l'expansion des programmes d'enseignement des sciences infirmières et des stratégies liées au Fonds pour le recrutement de personnel infirmier et le maintien des effectifs (FRPIME). Selon les données sur les inscriptions transmises par les collègues des infirmières autorisées, des infirmières psychiatriques autorisées et des infirmières auxiliaires autorisées, il y avait 16 624 infirmières en exercice au Manitoba en 2009. Il s'agit d'un gain net de 498 infirmières par rapport à 2008. Il reste cependant des défis à relever à l'égard des ressources en soins infirmiers dans certaines régions rurales et du Nord et dans certains domaines de soins spécialisés à Winnipeg. En juin 2009, le Manitoba a accueilli 122 infirmières recrutées aux Philippines en 2008 pour combler des besoins en personnel infirmier en milieu rural. Au 31 mars 2009, 117 d'entre elles avaient rempli toutes les conditions nécessaires et travaillaient comme infirmières autorisées dans quatre offices régionaux de la santé. Le Manitoba a augmenté le nombre de places dans les programmes

d'enseignement des sciences infirmières dans l'ensemble de la province, ce qui a fait plus que doubler le nombre d'inscriptions au cours des dix dernières années. La stratégie de l'Office régional de la santé de Winnipeg, le Winnipeg Critical Care Nursing Education Program (programme d'enseignement en sciences infirmières axé sur les soins intensifs), avait pour objectif d'accroître le nombre d'infirmières en soins intensifs dans la province et, par conséquent, de réduire les coûts liés aux heures supplémentaires effectuées par le personnel infirmier et de faire diminuer le nombre d'interventions chirurgicales annulées et de places supprimées. Le FRPIME contribue aussi de façon importante à accroître les effectifs en soins infirmiers au Manitoba grâce à des initiatives comme l'aide à la réinstallation et le programme de subventions conditionnelles afin d'encourager les nouveaux diplômés à travailler dans les régions rurales et du Nord (soit à l'extérieur de Winnipeg et de Brandon), les subventions d'incitation au travail en foyer de soins personnels, le financement pour la formation continue et les programmes d'enseignement spécialisé. Le Règlement sur les infirmières ayant un champ d'exercice élargi autorise les infirmières inscrites au registre à assumer les tâches suivantes de manière autonome : prescrire des médicaments; demander des tests de dépistage et de diagnostic; pratiquer des interventions chirurgicales et effractives mineures selon les dispositions du Règlement. Le nombre d'infirmières inscrites au registre est passé de 4 en juin 2005 à 81 au 31 mars 2010.

Le renouvellement du financement destiné à réduire les temps d'attente a permis de pratiquer un plus grand nombre d'arthroplasties du genou et de la hanche dans plusieurs établissements de Winnipeg, au Centre de santé régional de Brandon et au Centre de santé de Boundary Trails. Des cliniques de préadaptation ont également été établies à Winnipeg, à Brandon et à Boundary Trails pour optimiser l'état de santé des patients en prévision de l'arthroplastie du genou ou de la hanche, ce qui donne de meilleurs résultats cliniques.

Le Manitoba poursuit la mise en œuvre de son registre provincial des patients pour saisir des données sur les patients en attente de services chirurgicaux et médicaux spécialisés. Grâce à l'aide financière de Santé Canada, le Manitoba a lancé deux autres initiatives d'amélioration de l'accès de 2008 à 2010 : le Catalogue des services spécialisés et l'initiative d'aiguillage électronique Bridging General and Specialist Care (visant à accélérer l'aiguillage du patient, de l'omnipraticien vers le médecin spécialiste). Les deux initiatives visent à améliorer les communications entre les fournisseurs de soins primaires et les spécialistes consultants afin que les patients aient accès au bon spécialiste, la première fois, avec tous les renseignements nécessaires,

les résultats de tests faits au préalable et la gestion des soins primaires, permettant ainsi de réduire l'utilisation inefficace des ressources spécialisées et de maximiser l'accès à ces services pour les patients qui en ont besoin.

Le Manitoba a maintenu les augmentations de volume et le financement disponible par l'intermédiaire du fonds pour la réduction des temps d'attente dans tous les domaines de financement initiaux (arthroplastie, chirurgie des cataractes, imagerie par résonance magnétique, tomographie, échographie, échocardiographie et services de laboratoire du sommeil, entre autres). Le Manitoba a aussi ciblé des investissements dans des stratégies de réduction des temps d'attente et d'amélioration de l'accès dans plusieurs domaines, dont la colonoscopie et la chirurgie du cancer de la tête et du cou. Le Manitoba continue de collaborer avec les offices régionaux de la santé pour examiner et mettre en œuvre des modèles d'amélioration de l'accès et analyser des stratégies de gestion de la demande, notamment l'amélioration de la pertinence des services.

Le Guide des médecins, qui contient des directives sur la facturation et les honoraires, donne aux médecins du Manitoba la liste des services médicaux assurés par Santé Manitoba. Cinq grands processus et mécanismes de vérification des données du système central du Ministère garantissent que les demandes de remboursement des services assurés sont traitées conformément aux règles d'application prévues dans le Guide des médecins, en vertu de la *Loi sur l'assurance-maladie*. Les appels interjetés en vertu du Guide des médecins sont entendus par le Comité d'étude des dossiers médicaux. De plus, le Conseil manitobain d'appel en matière de santé, un tribunal quasi judiciaire, entend les appels des personnes qui contestent certaines décisions de Santé Manitoba ou qui se voient refuser l'admissibilité à un service en vertu de la *Loi sur l'assurance-maladie*.

Santé Manitoba a continué d'appuyer des initiatives visant à améliorer l'accès aux soins médicaux dans les régions rurales et du Nord de la province.

Le nombre de nouveaux médecins inscrits auprès de l'organisme de réglementation professionnelle continue d'augmenter au Manitoba. La province a créé une plus grande marge de manœuvre financière pour le retour de services d'étudiants (par exemple, des subventions d'une durée de quatre ans d'une valeur de 25 000 \$ en échange d'une promesse de service dans une collectivité désignée par la province) en permettant que le retour de service soit effectué au moyen de la suppléance (maximum de trois mois par année, pendant quatre ans). Elle fournit aussi un fonds spécial pour

les spécialistes se traduisant par des subventions de 15 000 \$ aux candidats recrutés au Manitoba qui n'ont pas reçu de fonds dans le cadre du Programme d'aide financière aux étudiants et résidents en médecine. On a annoncé récemment un appui accru aux médecins par l'intermédiaire du fonds pour la réinstallation des médecins et d'un fonds d'aide aux médecins. Le fonds pour la réinstallation est ouvert aux omnipraticiens et aux spécialistes, et le programme est très populaire. Depuis 2001, le Manitoba favorise l'augmentation du nombre d'étudiants en médecine. En 2008, la province a mis en place une initiative pilote pour le placement de médecins dans les régions éloignées ou du Nord. L'initiative consiste en une résidence de deux ans en médecine familiale, axée sur la pratique en région rurale et du Nord, après laquelle les candidats doivent travailler pendant au moins deux ans en région rurale ou éloignée au Manitoba. À la fin de cette période de retour de service, ils sont assurés d'obtenir un poste de résident en médecine de spécialité au Manitoba. Le programme a bénéficié d'un soutien du gouvernement fédéral, et 25 étudiants y sont actuellement inscrits.

Grâce aux programmes d'évaluation et de formation actuels, les médecins formés à l'étranger peuvent obtenir un permis d'exercice de la médecine assorti de certaines conditions, dont celle de travailler à un office régional de la santé en milieu rural qui les parraine. Les candidats admissibles au Programme d'obtention du permis d'exercice de la médecine à l'intention des médecins diplômés à l'étranger peuvent commencer une année de résidence semblable à la résidence en médecine familiale. S'ils réussissent cette formation, ils peuvent obtenir un permis d'exercice assorti de conditions les autorisant à fournir des soins primaires dans une collectivité rurale ou du Nord du Manitoba. Les candidats admissibles au processus d'évaluation en médecine familiale menant à l'obtention d'un permis d'exercice devront participer à une séance d'orientation, subir une évaluation de trois jours sur la médecine familiale ainsi qu'une évaluation de trois mois sur la pratique clinique. Si les candidats réussissent aux évaluations, la délivrance d'un permis d'exercice conditionnel peut être recommandée; au début de leur pratique, les candidats sont jumelés à un médecin mentor pour un minimum de 12 mois. Le Non-Registered Specialist Assessment Program (programme d'évaluation des spécialistes non agréés) facilite l'évaluation des médecins qui exerceront dans une seule spécialité. Ce programme permet d'organiser et de faciliter les évaluations cliniques afin que les médecins formés à l'étranger puissent répondre aux critères d'admission à la pratique du Collège des médecins et chirurgiens du Manitoba.

Le réseau Télésanté Manitoba est passé de 66 centres en 2008-2009 à 81 centres à la fin de 2009-2010 pour l'ensemble de la province. Grâce à ce lien moderne

de télécommunications, les patients peuvent consulter des spécialistes, et les médecins, se consulter entre eux, tout en évitant les frais et les inconvénients associés aux voyages entre les régions rurales ou du Nord de la province et Winnipeg ou un centre régional. De l'information à jour au sujet du réseau Télésanté Manitoba, y compris l'emplacement des centres, est présentée à l'adresse suivante : <http://www.mbtelehealth.ca/index.php> (en anglais seulement).

5.2 Rémunération des médecins

Le Manitoba continue d'employer les modes de paiement suivants pour ses médecins : rémunération à l'acte, rémunération contractuelle, association de divers modes de paiement et rémunération à la vacation.

La *Loi sur l'assurance-maladie* régit la rémunération des médecins pour les services assurés. Aucune modification touchant la rémunération des médecins n'a été apportée à la *Loi sur l'assurance-maladie* en 2009-2010.

La rémunération à l'acte est encore le mode de paiement le plus courant. Toutefois, les autres modes de paiement représentent une part importante de la rémunération totale des médecins du Manitoba. Les médecins rémunérés autrement qu'à l'acte comprennent notamment les salariés (relation d'emploi) et les travailleurs autonomes à contrat. Le Manitoba associe également divers modes de paiement en vue de corriger les revenus provenant de la rémunération à l'acte, car celle-ci ne permet pas d'indemniser les médecins pour tous les services fournis. En outre, les médecins peuvent recevoir des paiements à la vacation (pour une période donnée) pour dispenser des soins médicaux, de même que des allocations lorsqu'ils sont de garde et pour d'autres fonctions.

Santé Manitoba représente la province dans le cadre des négociations avec les médecins. Ceux-ci sont généralement représentés par Doctors Manitoba, sauf pour quelques exceptions notables, comme les oncologues.

L'accord-cadre que Doctors Manitoba et le Manitoba ont conclu est en vigueur du 1^{er} avril 2008 au 31 mars 2011.

5.3 Paiements aux hôpitaux

L'article 3.1 de la partie 4 de la *Loi sur les offices régionaux de la santé* présente les dispositions concernant les accords d'exploitation entre les offices régionaux de la santé et les administrateurs d'hôpitaux et de foyers de soins personnels, qui sont des « personnes morales dispensant des soins de santé » au sens de la Loi.

Aux termes des dispositions de l'article 3.1, les offices régionaux de la santé ne peuvent fournir de fonds de fonctionnement à une personne morale dispensant des soins de santé en l'absence d'accord écrit prévoyant les services de santé devant être fournis par la personne morale, les fonds devant être fournis par l'office régional de la santé pour les 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 pour les aider à régler les questions en litige. Si la médiation est infructueuse, le ministre peut régler la ou les questions en litige. La décision du ministre est alors exécutoire pour les parties.

Trois offices régionaux de la santé sont responsables d'hôpitaux dirigés par des personnes morales dispensant des soins de santé dans les régions qu'ils desservent. Les offices ont conclu les accords nécessaires avec ces personnes morales. Ces accords permettent à l'office régional de la santé de déterminer le financement qui sera accordé en se fondant sur des données objectives, des pratiques exemplaires et les critères qui s'appliquent normalement pour des établissements comparables. Dans toutes les autres régions, les hôpitaux sont dirigés en vertu de la *Loi sur les offices régionaux de la santé*. L'article 23 de la Loi exige que les offices régionaux de la santé affectent leurs ressources conformément au plan de santé régional approuvé.

Santé Manitoba doit approuver l'affectation des ressources par les offices régionaux de la santé, dans le cadre de l'approbation des plans sanitaires régionaux que ces offices sont tenus de soumettre aux fins d'approbation conformément à l'article 24 de la *Loi sur les offices régionaux de la santé*. Les ressources doivent également, aux termes de l'article 23, être

affectées en conformité avec le plan sanitaire régional approuvé.

Aux termes du paragraphe 50(2.1) de la *Loi sur l'assurance-maladie*, les sommes au titre des paiements du Régime d'assurance-maladie du Manitoba pour les soins hospitaliers assurés doivent être versées aux offices régionaux de la santé. Si l'office régional de la santé n'est pas le propriétaire de l'hôpital et n'en assure pas le fonctionnement, il doit verser l'argent à l'hôpital, en conformité avec tout accord conclu entre l'office régional de la santé et l'administrateur de l'hôpital.

Aucune modification législative apportée à la Loi ou au Règlement au cours de l'exercice 2009-2010 n'a touché les paiements aux hôpitaux.

6.0 RECONNAISSANCE ACCORDÉE AUX TRANSFERTS FÉDÉRAUX

Dans les documents officiels, le Manitoba reconnaît systématiquement les contributions versées par le gouvernement fédéral au titre du Transfert canadien en matière de santé (TCS). Les transferts fédéraux sont indiqués dans le document sur les prévisions en matière de dépenses et de revenus (budget du Manitoba) et dans les Comptes publics du Manitoba. Les deux documents sont publiés sur une base annuelle par le gouvernement du Manitoba. De plus, Santé Manitoba fait état de la contribution fédérale provenant du Plan décennal des premiers ministres en vue de consolider les soins de santé (Accord sur la santé de 2004 – Fonds pour la réduction des temps d'attente) dans des lettres de financement destinées aux offices régionaux de la santé et à d'autres organisations qui exécutent des programmes grâce à ce financement.

PERSONNES INSCRITES					
	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
1. Nombre en date du 31 mars. ¹	1 173 815 ¹	1 178 457 ¹	1 186 386 ¹	1 209 401 ¹	1 228 246

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE					
Établissements publics	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
2. Nombre (#).	98	97	97	97	96
3. Paiement des services de santé assurés (\$).	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Établissements privés à but lucratif	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
4. Nombre d'établissements privés à but lucratif offrant des services de santé assurés (#).	1	1	1	1	1
5. Paiements aux établissements privés à but lucratif pour des services de santé assurés (\$).	1 305 132	1 292 830	1 289 964	1 553 438	1 570 832

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS AUX RÉSIDENTS DANS UNE AUTRE PROVINCE OU UN AUTRE TERRITOIRE					
	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
6. Nombre total de demandes – malades hospitalisés (#).	2 995	2 806	2 823	3 280	2 626
7. Total des paiements – malades hospitalisés (\$).	19 153 208	19 431 036	18 731 739	24 489 298	21 612 535
8. Nombre total de demandes – malades externes (#).	29 685	30 357	31 329	35 957	28 729
9. Total des paiements – malades externes (\$).	5 670 133	6 306 240	6 933 920	9 662 718	8 655 118

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA					
	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
10. Nombre total de demandes – malades hospitalisés (#).	569	589	549	658	552
11. Total des paiements – malades hospitalisés (\$).	1 455 908	1 294 963	1 791 864	3 252 651	1 924 044
12. Nombre total de demandes – malades externes (#).	6 690	7 673	8 796	10 121	10 097
13. Total des paiements – malades externes (\$).	1 325 062	1 695 844	2 692 096	2 650 500	2 954 321

1. Les données démographiques sont fondées sur les dossiers des résidents inscrits au régime d'assurance-maladie du Manitoba en date du 1^{er} juin.

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE

	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
14. Nombre de médecins participants (#).	2 016	1 968	2 050	2 073	2 121
15. Nombre de médecins ayant opté pour le retrait du régime d'assurance-santé (#).	s.o.	s.o.	0	0	0
16. Nombre de médecins non participants (#).	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.
17. Paiements totaux des services médicaux rémunérés pour <u>l'ensemble des méthodes de paiement</u> (\$).	653 290 519	700 465 401	721 552 291	789 101 000	843 087 000
18. Total des paiements pour services médicaux rémunérés à l'acte (\$).	442 485 124	438 813 332	459 573 573	476 227 782	552 890 200

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

	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
19. Nombre de services (#).	228 090	248 900	290 775	243 881	237 192
20. Total des paiements (\$).	8 966 703	9 997 409	9 985 987	9 721 570	10 287 990

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA

21. Nombre de services (#).	6 138	6 486	6 414	7 446	6 768
22. Total des paiements (\$).	608 524	541 403	701 829	725 382	627 563

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

	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
23. Nombre de dentistes participants (#).	115	122	120	131	135
24. Nombre de services fournis (#).	3 863	4 205	4 616	4 833	5 950
25. Total des paiements (\$).	936 091	984 621	1 107 357	1 175 314	1 701 655



SASKATCHEWAN

INTRODUCTION

Par l'entremise du leadership et de partenariats, le ministère de la Santé a pris l'engagement de mettre en place un système de soins de santé adapté, intégré et efficace qui est centré sur le patient et qui permet aux habitants d'avoir le meilleur état de santé possible en faisant la promotion de choix sains et d'une autogestion responsable de la santé.

Le Ministère supervise un système de soins de santé complexe, doté de multiples facettes. Il décide de l'orientation stratégique, établit et surveille les normes, fournit un financement, appuie les régies régionales de la santé et d'autres agences, et veille à ce que des services appropriés et essentiels soient offerts. Le Ministère travaille en partenariat avec des organisations sur les plans local, régional, provincial, national et international pour veiller à ce que les habitants de la Saskatchewan aient des soins de qualité fournis conformément à la *Loi canadienne sur la santé*.

Le Ministère travaille de pair avec un éventail d'intervenants en vue d'assurer le recrutement et le maintien en poste des fournisseurs de soins de santé, dont le personnel infirmier et les médecins, et de réglementer leur profession. Il est responsable d'environ 50 lois relatives à la santé.

Le Ministère a un effectif engagé qui fournit une orientation stratégique au système de soins de santé et qui réalise un certain nombre d'autres activités, comme le traitement des demandes, le paiement des comptes, l'explication des programmes et le fait de répondre aux questions du public. À l'interne, il comprend 16 directions générales, chacune s'efforçant de garantir que le système de santé de la province demeure responsable devant la population, efficace et durable dans l'avenir.

Le Ministère supervise un système de soins de santé qui offre une vaste gamme de services par un système de prestation complexe formé de 12 régies régionales de la santé, de l'Athabasca Health Authority, de la Saskatchewan Cancer Agency, d'organisations de soins de santé affiliées et d'un ensemble de professionnels, dont

beaucoup exercent en cabinet privé. Dans son ensemble, le système de santé emploie plus de 37 000 personnes.

Pour obtenir plus de renseignements sur les programmes et les services offerts par le Ministère, veuillez consulter le site Web du ministère de la Santé à l'adresse suivante :

www.health.gov.sk.ca [en anglais seulement]

1.0 GESTION PUBLIQUE

1.1 Régime d'assurance-santé et autorité publique

Le gouvernement provincial est responsable du financement des services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire assurés en Saskatchewan et il doit en assurer la prestation. L'article 6.1 de la *Department of Health Act* autorise le ministre de la Santé à poser les actes suivants :

- payer en tout ou en partie le coût associé à la prestation des services de santé pour toutes les personnes ou classes de personnes pouvant être désignées par le lieutenant gouverneur en conseil;
- accorder des octrois, des prêts ou des subventions aux régies régionales de la santé, aux organismes de soins de santé ou aux municipalités pour qu'ils assurent la prestation et le fonctionnement des services de santé ou des services de santé publique;
- payer en tout ou en partie les frais associés à la prestation des services de santé dans toute région sanitaire ou partie de région sanitaire où le ministre juge ces services nécessaires;
- verser des subventions à tout organisme de santé, selon que le ministre le juge nécessaire;
- verser des subventions pour stimuler et favoriser la recherche en santé publique et la réalisation d'enquêtes et d'études dans ce domaine.

Les articles 8 et 9 de la *Saskatchewan Medical Care Insurance Act* donnent au ministre de la Santé le pouvoir d'établir et d'administrer un régime d'assurance-santé pour les habitants de la province. La *Regional Health Services Act* porte sur la création des 12 régies régionales de la santé, en remplacement des 32 conseils de district de santé.

Les articles 3 et 9 de la *Cancer Agency Act* portent sur la création de la Saskatchewan Cancer Agency, et confèrent à cet organisme le mandat de coordonner un programme de diagnostic, de prévention et de traitement du cancer.

Les mandats du ministère de la Santé, des régies régionales de la santé et de la Saskatchewan Cancer Agency pour 2008-2009 sont définis dans la *Department of Health Act*, la *Regional Health Services Act* et la *Cancer Agency Act*.

1.2 Liens hiérarchiques

Le ministère de la Santé répond directement de sa gestion au ministre de la Santé, à qui il doit périodiquement présenter des rapports sur l'allocation et l'administration des fonds dédiés aux services médicaux, hospitaliers et de chirurgie dentaire assurés.

Aux termes de l'article 36 de la *Medical Care Insurance Act*, le ministre de la Santé doit soumettre un rapport annuel sur le régime d'assurance-santé à l'Assemblée législative.

La *Regional Health Services Act* oblige les régies régionales de la santé à soumettre au ministre de la Santé les documents suivants :

- un rapport sur leurs activités;
- un ensemble complet d'états financiers vérifiés.

Aux termes de l'article 54 de la *Regional Health Services Act*, les régies régionales de la santé et la Cancer Agency doivent soumettre au ministre tout rapport que celui-ci pourrait leur demander, le cas échéant. Les régies régionales de la santé et la Cancer Agency doivent aussi soumettre un plan financier et un plan d'action sur les services de santé au ministère de la Santé de la Saskatchewan.

1.3 Vérification des comptes

Le vérificateur provincial vérifie chaque année les comptes des ministères et organismes gouvernementaux, dont le ministère de la Santé. Les paiements ministériels aux régies régionales de la santé, à la Saskatchewan Cancer Agency ainsi qu'aux médecins et aux chirurgiens-dentistes pour les services médicaux et les chirurgies dentaires assurés sont visés par cette vérification.

L'article 57 de la *Regional Health Services Act* stipule qu'un vérificateur indépendant, possédant les compétences requises et nommé à cette fin par une régie régionale de la santé et la Cancer Agency, doit vérifier au moins une fois par exercice les comptes d'une régie régionale de la santé et de la Cancer Agency. Chaque régie régionale de la santé et la Cancer Agency doivent soumettre annuellement au ministre de la Santé un jeu d'états financiers détaillés et vérifiés.

L'article 34 de la *Cancer Foundation Act* stipule que les dossiers et les comptes de la Fondation du cancer de la Saskatchewan doivent être vérifiés au moins une fois l'an par le vérificateur provincial ou son représentant désigné.

Les dernières vérifications portaient sur l'exercice prenant fin le 31 mars 2010.

Les vérifications du gouvernement de la Saskatchewan, des régies régionales de la santé et de la Saskatchewan Cancer Agency sont déposées à l'Assemblée législative de la Saskatchewan chaque année. Le public peut obtenir les rapports directement de chacune de ces groupes ou les consulter sur leurs sites Web.

Le Bureau du vérificateur provincial de la Saskatchewan prépare également des rapports à l'intention de l'Assemblée législative de la Saskatchewan. Ces rapports sont conçus afin d'aider le gouvernement à gérer les ressources publiques et à améliorer l'information fournie à l'Assemblée législative. Ils sont accessibles sur le site Web du vérificateur provincial :

<http://www.auditor.sk.ca> [en anglais seulement]

2.0 INTÉGRALITÉ

2.1 Services hospitaliers assurés

Aux termes de l'article 8 de la *Regional Health Services Act* (la Loi), le ministre peut fournir du financement à une régie régionale ou à un organisme de santé pour l'application de cette Loi.

Aux termes de l'article 10 de la Loi, le ministre peut désigner des établissements, dont des hôpitaux, des foyers de soins spéciaux et des centres de santé. Par ailleurs, l'article 11 l'autorise à imposer, aux régies régionales de la santé et aux organismes de soins de santé qui ont conclu des ententes de services avec une régie régionale de la santé, des normes de prestation de services dans ces établissements.

La Loi impose aux régies régionales de la santé et aux organismes de soins de santé des exigences en matière de reddition de comptes. Ceux-ci doivent faire approuver leurs plans annuels opérationnels, financiers et de services de santé par le ministre (articles 50 et 51), mettre en place des réseaux consultatifs communautaires (article 28) et signaler les incidents majeurs (article 58). Le ministre peut également établir un registre pour faciliter la gestion des temps d'attente en chirurgie (article 12). Il conserve ses pouvoirs de faire enquête (article 59), de nommer un administrateur public au besoin (article 60)

et d'approuver des règlements généraux et des règlements concernant les professionnels de la santé faisant partie du personnel d'un établissement (articles 42 à 44).

Le financement des hôpitaux est compris dans les fonds octroyés aux régies régionales de la santé.

Les hôpitaux fournissent une gamme complète de services assurés, qui peuvent comprendre l'hébergement en salle commune; les services infirmiers nécessaires; l'usage des salles d'opération et des salles de travail; les fournitures et les matériels médicaux et chirurgicaux requis; les actes de radiographie, de laboratoire, de radiologie ou autres actes de diagnostic; les installations de radiothérapie; les agents anesthésiques et l'usage de matériel d'anesthésie; les actes de physiothérapie; les produits pharmaceutiques, les produits biologiques et les préparations connexes administrés à l'hôpital; et les services fournis par les personnes rémunérées à cet effet par l'hôpital.

Les hôpitaux sont regroupés dans les cinq catégories suivantes : communautaire, du Nord, de district, régional et provincial. Ainsi, la population sait à quoi s'attendre en tout temps et à chaque hôpital. Même si les types de services peuvent varier d'un hôpital à l'autre, voici ce que l'on entend par fiabilité et prévisibilité :

- la plupart des gens savent quels types de services sont offerts par chaque hôpital;
- ces services sont fournis sur une base permanente, sous réserve de la présence de fournisseurs de soins compétents.

Les régies régionales ont le pouvoir de changer leur mode de prestation de services assurés en fonction de l'évaluation des besoins sur leur territoire et des ressources financières dont elles disposent pour les professionnels de la santé.

L'ajout d'un service à la liste des services hospitaliers couverts par le régime d'assurance-santé est un processus qui comporte un examen approfondi prenant en compte des facteurs comme les besoins, le volume anticipé, les résultats cliniques du service proposé par rapport à ceux d'autres services, le coût ainsi que les besoins en ressources humaines, y inclut la disponibilité et les exigences en matière d'assurance initiale et continue de la compétence. Ce processus est entrepris à l'instigation d'une régie régionale de la santé. Selon le service qu'on veut ajouter, il peut comporter une consultation de directions générales du ministère de la Santé de la Saskatchewan et de groupes d'intervenants externes, comme des régions sanitaires, des fournisseurs de services et le public.

2.2 Services médicaux assurés

Les articles 8 et 9 de la *Medical Care Insurance Act* du Saskatchewan autorisent le ministre de la Santé à établir et à administrer un régime d'assurance-santé pour les habitants de la province. On peut prendre connaissance de tous les honoraires des médecins dans le guide des tarifs des actes médicaux :

www.health.gov.sk.ca/physician-information
[en anglais seulement]

En date du 31 mars 2010, 1 882 médecins étaient autorisés à exercer la médecine dans la province et à participer au régime d'assurance-santé.

Un médecin peut se retirer du régime d'assurance santé ou choisir de ne pas y participer, mais cela s'applique alors pour tous les services médicaux assurés. Ce médecin doit informer ses patients admissibles que ses services ne sont pas assurés par le régime, qui ne les remboursera donc pas. Une reconnaissance écrite du patient attestant qu'il comprend l'information donnée par le médecin est également requise.

En date du 31 mars 2010, aucun médecin n'avait opté pour le retrait du régime d'assurance-santé en Saskatchewan.

Les services médicaux assurés sont les services médicalement nécessaires fournis par un médecin et couverts par le régime d'assurance-santé du ministère de la Santé. Ils figurent au guide des tarifs des actes médicaux du Saskatchewan Medical Care Insurance Payment Regulations, un règlement de la *Medical Care Insurance Act* de 1994.

Il y a un processus de discussion officielle entre les responsables du régime de soins médicaux et la Saskatchewan Medical Association pour les ajouts à la liste des services médicaux assurés et la modification (modernisation) des règles de définition ou d'évaluation de certains services à forte incidence monétaire. C'est le directeur administratif de la Medical Services Branch qui gère ce processus. En cas d'ajout à la liste de services médicaux assurés ou de changement important au guide des tarifs des actes médicaux, ce dernier fait l'objet d'une modification réglementaire.

Tout membre du public peut recommander l'ajout d'un service médical au régime de soins médicaux, même en l'absence de consultation publique officielle à ce sujet.

2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

Un dentiste peut se retirer du régime d'assurance-santé ou ne pas y participer, mais cela s'applique alors pour tous les services de chirurgie dentaire assurés. Ce dentiste doit informer ses patients admissibles que ses services ne sont pas assurés par le régime, qui ne les remboursera donc pas. Une reconnaissance écrite du patient attestant qu'il comprend l'information donnée par le dentiste est également requise.

En date du 31 mars 2010, aucun dentiste n'avait opté pour le retrait du régime d'assurance-santé en Saskatchewan.

Les services de chirurgie dentaire assurés sont limités aux actes de chirurgie maxillo-faciale nécessaires à la suite de lésions traumatiques; aux services thérapeutiques pour le traitement orthodontique des fentes palatines; aux extractions dentaires médicalement nécessaires avant une chirurgie cardiaque, une intervention pour une maladie rénale chronique et l'arthroplastie totale d'une articulation par prothèse, quand le patient a été aiguillé par un professionnel compétent et que l'approbation préalable de la Medical Services Branch a été obtenue; et à certains services pour corriger des anomalies de la bouche et des structures voisines.

Des services de chirurgie dentaire peuvent être ajoutés à la liste de services assurés du régime d'assurance-santé à la suite d'un processus de discussion 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 soins médicaux, même en l'absence de consultation publique officielle 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 les services hospitaliers aux malades hospitalisés et externes, lorsqu'ils ne sont pas nécessaires sur le plan médical; le coût supplémentaire de l'hébergement en chambre individuelle ou à deux lits, lorsque ce type d'hébergement n'est pas prescrit par un médecin; les services de physiothérapie et d'ergothérapie qui ne sont pas fournis par une région régionale de la santé ou en vertu d'un contrat avec celle-ci; les services fournis par un autre établissement de santé qu'un hôpital, sauf en cas d'entente avec le ministère de la Santé de la Saskatchewan; l'examen non urgent de l'ostéodensitométrie à l'extérieur de la Saskatchewan

qui n'a pas fait l'objet d'une approbation écrite préalable; les services assurés hospitaliers, médicaux ou de chirurgie dentaire non urgents obtenus à l'extérieur du Canada qui n'ont pas fait l'objet d'une approbation écrite préalable; les services médicaux non urgents qui ne sont pas nécessaires sur le plan médical; les services de chirurgie dentaire qui ne sont pas nécessaires sur le plan médical ou qu'il n'est pas nécessaire de fournir dans un hôpital; et les services reçus dans le cadre d'autres programmes publics, par exemple en vertu de la *Workers' Compensation Act* et de la *Mental Health Services Act*, ou du ministère fédéral des Anciens combattants.

Par principe et conformément aux politiques, les services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire assurés sont fournis aux résidents en fonction d'un besoin clinique évalué. La surveillance de la conformité se fait par voie de consultation des régies régionales de la santé, des médecins et des dentistes. En Saskatchewan, il est interdit d'imposer des frais pour tout service hospitalier, médical ou de chirurgie dentaire médicalement nécessaire. Il est par contre possible d'en imposer à l'égard de services ou de produits médicaux améliorés, mais seulement s'ils ne sont pas réputés médicalement nécessaires. La surveillance de la conformité se fait par voie de consultation des régies régionales de la santé, des médecins et des dentistes.

Le gouvernement peut désassurer des services hospitaliers si l'on juge qu'ils ne sont plus médicalement nécessaires. De telles décisions sont prises par voie de discussion entre les régies régionales de la santé, les praticiens et les fonctionnaires du ministère de la Santé.

Les services médicaux qui sont assurés pourraient également ne plus l'être si l'on estime qu'ils ne sont plus médicalement nécessaires. De telles décisions sont prises à la suite de consultations avec la Saskatchewan Medical Association et gérées par le directeur administratif de la Medical Services Branch.

Par ailleurs, certains services de chirurgie dentaire peuvent être désassurés s'ils ne sont pas jugés médicalement nécessaires. Ces décisions sont prises après consultation des chirurgiens-dentistes de la province, et le directeur administratif de la Medical Services Branch assure la gestion du processus.

S'il y a lieu, des consultations publiques officielles peuvent être tenues si on envisage de désassurer des services hospitaliers, médicaux ou de chirurgie dentaire.

Aucun service de santé n'a été désassuré en 2009-2010.

3.0 UNIVERSALITÉ

3.1 Admissibilité

La *Saskatchewan Medical Care Insurance Act* (articles 2 et 12) et le *Medical Care Insurance Beneficiary and Administration Regulations* définissent l'admissibilité aux services de santé assurés en Saskatchewan. Aux termes de l'article 11 de la Loi, tous les habitants de la province doivent s'inscrire au régime de soins de santé.

L'admissibilité est limitée aux habitants. Un « habitant » est une personne légalement autorisée à résider au Canada, domiciliée en Saskatchewan et y résidant habituellement, ou encore toute personne déclarée résidente par le lieutenant gouverneur en conseil. Les citoyens canadiens et les résidents permanents du Canada qui viennent s'établir en Saskatchewan sont généralement admissibles à compter du premier jour du troisième mois après avoir établi domicile en Saskatchewan.

Les Canadiens de retour au pays, les familles des membres des Forces canadiennes qui reviennent au pays, les étudiants et les travailleurs étrangers sont admissibles lorsqu'ils établissent domicile en Saskatchewan, pourvu qu'ils l'aient fait avant le premier jour du troisième mois suivant leur entrée au Canada.

Les 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, les détenus sous responsabilité fédérale et les demandeurs du statut de réfugié, les personnes en visite dans la province;
- les personnes assurées par le régime de leur province ou de leur territoire de résidence qui séjournent en Saskatchewan (par exemple, les étudiants et les travailleurs assurés par le régime de leur province ou de leur territoire de résidence aux termes des dispositions concernant les absences temporaires).

Toutefois, ces catégories de personnes peuvent devenir admissibles dans les cas suivants :

- les personnes qui quittent les Forces canadiennes ou la Gendarmerie royale du Canada, pourvu qu'elles soient alors en poste en Saskatchewan ou habitants de cette province le jour de leur départ du service;
- les détenus sous responsabilité fédérale qui sont libérés (qui ont purgé leur sentence ou qui ont obtenu une libération conditionnelle et vivent dans la communauté);

- les demandeurs du statut de réfugié qui viennent d'obtenir ce statut au sens de la Convention relative au statut des réfugiés (documents de l'immigration exigés).

En date du 30 juin 2009, 1 036 284 personnes étaient inscrites en Saskatchewan.

3.2 Autres catégories de personnes

Les autres catégories de personnes admissibles à la couverture des services de santé assurés sont les personnes autorisées à entrer au Canada et à y séjourner à titre de titulaire d'un permis de travail, d'un permis d'études ou d'un permis du ministre délivré par Citoyenneté et Immigration Canada. 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 de réfugié au sens de la Convention et s'ils sont de plus titulaires d'un permis de travail ou de séjour pour étudiants ou d'un permis du ministre, ou ont un statut de résident permanent, c'est-à-dire s'ils sont des immigrants reçus.

En date du 30 juin 2009, 8 539 résidents temporaires étaient inscrits au régime du ministère de la Santé de la Saskatchewan.

4.0 TRANSFÉRABILITÉ

4.1 Période d'attente minimale

En général, les assurés d'une autre province ou d'un territoire qui déménagent en Saskatchewan sont admissibles à compter du premier jour du troisième mois suivant l'établissement de la résidence. Cependant, si un conjoint arrive avant l'autre conjoint, ce dernier devient admissible à la première des dates suivantes : a) premier jour du troisième mois suivant son arrivée; ou b) premier jour du treizième mois suivant l'établissement de résidence du conjoint arrivé le premier.

4.2 Couverture durant des absences temporaires au Canada

L'article 3 du *Medical Care Insurance Beneficiary and Administration Regulations* de la *Medical Care Insurance Act* définit les règles de transférabilité de l'assurance-santé pour les habitants de la Saskatchewan durant les absences temporaires au Canada. Cette disposition n'a pas été modifiée en 2009-2010.

L'article 6.6 de la *Department of Health Act* autorise le paiement de services aux malades hospitalisés aux personnes admissibles de la Saskatchewan pendant une absence temporaire de la province. L'article 10 du Medical Care Insurance Payment Regulations de 1994 autorise le paiement des services médicaux aux personnes admissibles de la Saskatchewan pendant une absence temporaire de la province.

Ces personnes continuent d'être assurées à condition d'avoir l'intention de retourner résider en Saskatchewan immédiatement après la période d'absence approuvée, selon les modalités qui suivent :

- **études** : pour la durée des études dans un établissement d'enseignement reconnu (une confirmation écrite du statut d'étudiant à temps plein, fournie par le registraire, est exigée chaque année);
- **emploi** : jusqu'à 12 mois (aucun document requis);
- **vacances et voyages** : jusqu'à 12 mois.

La Saskatchewan a conclu des ententes bilatérales de facturation des services hospitaliers avec toutes les provinces, et de facturation des services médicaux avec toutes les provinces, sauf le Québec. Les tarifs payés sont ceux de la province où le service a été rendu. L'entente de réciprocité pour les services médicaux s'applique à chaque province, sauf le Québec.

Les paiements aux médecins du Québec ou le remboursement pour les services fournis aux habitants de la Saskatchewan sont à hauteur des taux prévus dans le guide des tarifs des actes médicaux de la Saskatchewan. Ils peuvent toutefois l'être à hauteur des taux du Québec, si les services ont préalablement été approuvés. Ces dernières années, les taux quotidiens prévus aux ententes de facturation réciproque des services hospitaliers ont beaucoup augmenté.

4.3 Couverture durant des absences temporaire à l'extérieur du Canada

L'article 3 du Medical Care Insurance Beneficiary and Administration Regulations définit les règles de transférabilité de l'assurance-santé pour les habitants de la Saskatchewan durant une absence temporaire du Canada.

Les étudiants, les travailleurs temporaires et les vacanciers et voyageurs continuent d'être assurés durant une absence temporaire à l'étranger à condition d'avoir l'intention de retourner résider en Saskatchewan immédiatement après la période d'absence approuvée, selon les modalités 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);
- **contrat de travail** : jusqu'à 24 mois (une confirmation écrite de l'employeur est exigée);
- **vacances et voyages** : jusqu'à 12 mois.

L'article 3 du Medical Care Insurance Beneficiary and Administration Regulations prévoit une couverture de durée indéterminée relativement aux absences temporaires pour les personnes dont la résidence principale est en Saskatchewan, mais qui ne peuvent satisfaire à l'obligation légale d'y résider effectivement six mois par année en raison d'un emploi qui les oblige à voyager d'un endroit à l'autre à l'étranger (par exemple, employés de compagnies de croisières).

Aux termes de l'article 6.6 de la *Department of Health Act*, un habitant est admissible à la couverture de l'assurance-santé durant une absence temporaire à l'étranger. En résumé, la couverture s'applique aux services hospitaliers médicalement nécessaires fournis à un malade hospitalisé, au taux de 100 \$ par jour pour les services aux malades hospitalisés et de 50 \$ par visite et par jour pour les services aux malades externes.

4.4 Nécessité d'une approbation préalable

À l'extérieur de la province

Le ministère de la Santé de la Saskatchewan couvre, en vertu d'une entente de facturation réciproque, la plupart des soins hospitaliers et médicaux reçus ailleurs au Canada par les habitants de la province. Ainsi, les habitants n'ont pas besoin d'une approbation préalable pour recevoir des services assurés ailleurs au Canada, et des frais ne leur seront pas imposés à l'égard de ces services. Les frais de déplacement, les repas et l'hébergement ne sont pas couverts.

Une approbation préalable est requise pour les services suivants offerts à l'extérieur de la province :

- traitement de l'alcoolisme ou de la toxicomanie, services de santé mentale et pour joueurs compulsifs;
- examen de l'ostéodensitométrie.

Le spécialiste du patient doit obtenir l'approbation préalable du Ministère.

À l'extérieur du pays

Une approbation préalable est requise pour les services offerts à l'étranger suivants :

- Le médecin spécialiste qui veut diriger un patient vers l'étranger pour recevoir un traitement non disponible en Saskatchewan ou ailleurs au pays doit d'abord demander l'approbation du régime d'assurance-santé du ministère de la Santé de la Saskatchewan. La Saskatchewan Cancer Agency est consultée pour les demandes de traitement du cancer à l'étranger. Si l'approbation est accordée, le ministère de la Santé de la Saskatchewan couvrira tous les frais du traitement, à l'exception des services non couverts dans la province.

5.0 ACCESSIBILITÉ

5.1 Accès aux services de santé assurés

Pour que l'argent ne soit pas un obstacle à l'accès aux services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire assurés, la surfacturation par les médecins ou les chirurgiens-dentistes ainsi que l'imposition de frais modérateurs sont interdits en Saskatchewan.

Le Saskatchewan Human Rights Code 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.

Le ministère de la Santé de la Saskatchewan accorde toujours la priorité à la promotion de l'accès aux services de chirurgie et à l'amélioration du système provincial de soins chirurgicaux.

Le document intitulé *Sooner, Safer, Smarter: A Plan to Transform the Surgical Patient Experience* a été publié le 29 mars 2010. Ce plan orientera les efforts déployés pour améliorer l'expérience chirurgicale et réduire les temps d'attente en chirurgie à un maximum de trois mois d'ici quatre ans, tout en veillant à ce que ces temps d'attente puissent être maintenus par la suite. Ce plan quadriennal a été élaboré compte tenu des recommandations formulées dans le cadre du Patient First Review, avec l'aide de groupes consultatifs d'intervenants. Il vise à améliorer l'expérience vécue par les patients dans tout le continuum de soins, du premier contact avec un fournisseur de soin jusqu'au

moment de la chirurgie puis du rétablissement au sein de la communauté.

Le plan repose sur les cinq objectifs suivants : 1) temps d'attente réduits pour des soins chirurgicaux, 2) une meilleure expérience pour le patient et sa famille, 3) soins sécuritaires et de haute qualité, 4) soutien en faveur d'une bonne santé et 5) pratique centrée sur le patient. Vingt cinq initiatives ont été créées à l'appui de ces objectifs, notamment en vue d'accroître le nombre d'interventions chirurgicales et les services d'imagerie diagnostique, d'offrir davantage d'options aux patients, de mettre en place des mécanismes pour améliorer la sécurité, d'organiser des activités de promotion de la santé et de prévention des blessures et de favoriser une main d'œuvre efficace en santé.

En date du 31 mars 2010, la province comptait 1 882 médecins autorisés à exercer dans la province et à participer au régime d'assurance-santé. De ce nombre, 1 013 (53,8 p. 100) étaient des médecins de famille, et 869 (46,2 p. 100), des spécialistes.

À la même date, il y avait également quelque 386 dentistes et chirurgiens-dentistes exerçant leur profession dans les principaux centres de la Saskatchewan. Soixante-dix offraient des services assurés dans le cadre du régime d'assurance-santé.

En mai 2009, le gouvernement de la Saskatchewan a diffusé une stratégie de recrutement de médecins dans l'espoir de remédier à la pénurie de médecins à la grandeur de la province. Les éléments clés de la stratégie sont les suivants : une campagne de rapatriement de médecins, un programme d'étudiants ambassadeurs, une agence de recrutement de médecins et un programme d'évaluation des diplômés internationaux en médecine pour la Saskatchewan. Viennent s'ajouter à cela les divers programmes financés par le ministère pour faciliter le maintien en poste et le recrutement des médecins dans la province.

Dans le cadre de la stratégie, les initiatives suivantes ont été mise en œuvre :

- Une agence de recrutement provinciale a été créée. Le 11 mars 2010, le ministre a annoncé, dans le cadre d'une conférence de presse, la nomination de neuf membres au conseil de l'agence, qui compte maintenant 10 membres. L'agence servira de point de service centralisé pour les médecins qui veulent établir un cabinet médical en Saskatchewan.

- Le ministère de la Santé et le ministère de l'Enseignement supérieur, de l'Emploi et du Travail ont annoncé un financement d'un million de dollars chacun, pour un total de 2 millions de dollars, en vue d'élaborer un plan provincial de formation décentralisée en médecine, qui sera pris en charge par le Saskatchewan Academic Health Sciences Network (le 15 mars 2010). La formation décentralisée en médecine permettra d'accroître le nombre de médecins formés dans les centres ruraux.
- En plus des initiatives susmentionnées, le ministère offre diverses subventions d'établissement, des subventions pour la formation et des postes de résidents en échange d'engagements de service post-formation. Il finance en outre des mécanismes d'indemnisation pour couvrir les frais liés aux salles d'urgence afin que les malades puissent avoir accès aux services médicaux d'urgence.

Il existe également un certain nombre de programmes visant à stabiliser et à appuyer les services médicaux en milieu rural, notamment :

- Programme de services de suppléance – La Saskatchewan Medical Association reçoit du financement pour un service de suppléance qui permet aux médecins des régions rurales de s'absenter pour prendre des vacances, se perfectionner, etc.
- Programme de services médicaux du Nord – Cette initiative tripartite du ministère de la Santé de la Saskatchewan, de Santé Canada et de l'Université de la Saskatchewan vise à stabiliser l'effectif médical dans le Nord de la Saskatchewan.
- Réseau de télésanté du Nord – Les médecins des régions éloignées ou isolées ont accès à des collègues, à des spécialistes et à de l'éducation permanente.

Autres programmes

- Programme des autres modes de paiement et des services de soins primaires – Un soutien est accordé aux initiatives qui encouragent les médecins à recourir à des professionnels paramédicaux et favorisent l'intégration des services médicaux aux autres services communautaires.
- Programme de maintien en poste à long terme – Ce programme récompense les médecins qui exercent dans la province depuis au moins dix ans.

- Programme de congé parental – Mis sur pied en 2004, ce programme offre des prestations aux médecins en cabinet privé qui prennent un congé de maternité, de paternité ou d'adoption.

5.2 Rémunération des médecins

La plus récente entente de trois ans avec la Saskatchewan Medical Association, qui a expiré le 31 mars 2009, prévoyait une hausse de 2,8 p. 100 par année pour la durée de l'entente. Des hausses similaires ont aussi été accordées aux médecins non rémunérés à l'acte.

Aux termes de l'article 6 du Saskatchewan Medical Care Insurance Payment Regulations (1994), le ministre doit effectuer le paiement des services assurés conformément aux guides des tarifs des actes médicaux et dentaires.

La rémunération à l'acte est le mode de rémunération le plus courant pour la prestation de soins de santé assurés en Saskatchewan. S'y ajoutent la rémunération à la vacation, le salariat, la capitation et une association de ces modes. La rémunération à l'acte est le seul mécanisme de paiement des services de chirurgie dentaire assurés. Les dépenses pour les programmes et les services médicaux offerts dans la province se sont élevées à 692,9 millions de dollars en 2009-2010, soit 404,8 millions pour la facturation à l'acte, 22,2 millions pour les programmes de couverture des salles d'urgence, 224,4 millions pour les services non rémunérés à l'acte et 41,5 millions pour les programmes de la Saskatchewan Medical Association, tels que décrits dans l'accord.

5.3 Paiements aux hôpitaux

Le financement versé aux régies régionales de la santé est établi d'après les niveaux de financement antérieurs corrigés en fonction de l'inflation, des coûts des conventions collectives et des hausses d'utilisation. Chaque régie régionale de la santé reçoit un budget global et doit affecter les fonds en fonction des besoins en matière de services et des priorités que ses processus d'évaluation des besoins ont fait ressortir.

Les régies régionales de la santé peuvent recevoir des fonds additionnels pour les programmes hospitaliers spécialisés (p. ex. la dialyse rénale, les services spécialisés d'imagerie médicale, les services respiratoires spécialisés et les services chirurgicaux) ou pour la prestation de services aux résidents d'autres régions sanitaires.

Les paiements aux régies régionales de la santé pour la prestation de services sont effectués conformément à l'article 8 de la *Regional Health Services Act*, laquelle donne au ministre de la Santé le pouvoir d'accorder des subventions aux régies régionales de la santé et aux organismes de soins de santé, pour l'application de cette Loi, et d'organiser la prestation des services dans l'une ou l'autre des régions de la Saskatchewan, s'il y va de l'intérêt public de le faire.

Les régies régionales de la santé produisent un rapport annuel sur les résultats financiers globaux de leurs activités.

6.0 RECONNAISSANCE ACCORDÉE AUX TRANSFERTS FÉDÉRAUX

Le gouvernement de la Saskatchewan a reconnu publiquement les contributions fédérales versées au titre du Transfert canadien en matière de santé dans le rapport annuel de 2009-2010 du Ministère, dans son budget annuel de 2009-2010 et les documents connexes, dans ses comptes publics de 2009-2010 et dans ses rapports financiers trimestriels et de mi-exercice. Ces documents ont été déposés à l'Assemblée législative et mis à la disposition des habitants de la Saskatchewan. Les contributions fédérales ont aussi été reconnues sur le site Web du ministère de la Santé de la Saskatchewan et dans des communiqués de presse, des documents de discussion ainsi que des discours et remarques, à l'occasion de conférences, de réunions et de forums de politiques publiques.

PERSONNES INSCRITES					
	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
1. Nombre en date du 31 mars. ¹	1 021 080	1 003 231	1 014 649	1 035 544	1 036 284

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE					
Établissements publics	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
2. Nombre (#).	67	67	67	67	67
3. Paiement des services de santé assurés (\$).	922 675 000 ²	1 173 115 000 ²	1 277 632 000 ²	1 402 176 000 ²	1 556 078 000 ²
Établissements privés à but lucratif	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
4. Nombre d'établissements privés à but lucratif offrant des services de santé assurés (#).	0	0	0	0	0
5. Paiements aux établissements privés à but lucratif pour des services de santé assurés (\$).	0	0	0	0	0

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS AUX RÉSIDENTS DANS UNE AUTRE PROVINCE OU UN AUTRE TERRITOIRE					
	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
6. Nombre total de demandes – malades hospitalisés (#).	4 566	4 627	4 212	4 365	5 722
7. Total des paiements – malades hospitalisés (\$).	33 671 100	36 828 100	31 569 400	43 631 600	53 119 000
8. Nombre total de demandes – malades externes (#).	55 067	52 591	81 787	65 274	71 123
9. Total des paiements – malades externes (\$).	11 044 200	11 573 400	17 240 900	17 936 200	21 497 100

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA					
	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
10. Nombre total de demandes – malades hospitalisés (#).	248	242	245	251	398
11. Total des paiements – malades hospitalisés (\$).	2 033 300	2 473 400	2 291 200	1 637 300	2 755 200
12. Nombre total de demandes – malades externes (#).	1 194	1 454	1 381	1 437	2 189
13. Total des paiements – malades externes (\$).	1 486 500	1 019 500	970 500	1 468 500	1 810 000

1. Les données pour la Saskatchewan sont celles en date du 30 juin 2009.

2. Cette somme comprend le financement estimatif du gouvernement aux régies régionales de la santé (RRS), fondé sur les dépenses totales prévues moins les revenus de source non gouvernementale, tel qu'il a été fourni au ministère de la Santé de la Saskatchewan dans les plans opérationnels annuels des RRS.

— Les soins de courte durée financés sont : les services de soins de courte durée; les services hospitaliers spécialisés; les services offerts par des spécialistes en milieu hospitalier.

— Comprend les services de réadaptation offerts au Wascana Rehabilitation Centre et tous les autres soins de réadaptation aux malades hospitalisés.

— Comprend les services de santé mentale offerts au Saskatchewan Hospital North Battleford (SHNB) ainsi que le programme de lutte contre les toxicomanies Calder. Ne comprend aucun autre service de santé mentale aux malades hospitalisés ni service de traitement des toxicomanies.

— Ne comprend pas les paiements à la Saskatchewan Cancer Agency pour les traitements de chimiothérapie et de radiothérapie aux malades externes.

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE

	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
14. Nombre de médecins participants (#).	1 719	1 753	1 795	1 836	1 882
15. Nombre de médecins ayant opté pour le retrait du régime d'assurance-santé (#).	0	0	0	0	0
16. Nombre de médecins non participants (#).	0	0	0	0	0
17. Paiements totaux des services médicaux rémunérés pour l'ensemble des méthodes de paiement (\$).	528 759 380	554 193 389	585 863 285	630 253 960	651 437 652
18. Total des paiements pour services médicaux rémunérés à l'acte (\$).	362 884 810	369 664 529	401 172 658	398 867 624	409 446 758 ³

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

	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
19. Nombre de services (#).	542 651	603 687	561 415	599 106	586 621
20. Total des paiements (\$).	20 541 894	24 239 622	25 442 417	27 753 524	29 037 662

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA

21. Nombre de services (#).	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
22. Total des paiements (\$).	695 900	692 600	637 600	647 700	1 299 600

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

	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
23. Nombre de dentistes participants (#).	78	74	82	79	70
24. Nombre de services fournis (#).	18 511	18 203	16 347	18 085	22 349
25. Total des paiements (\$).	1 539 420	1 511 882	1 577 176	1 840 276	2 013 007

3. Cette somme comprend la facturation à l'acte et le financement du Emergency Rural Coverage Program, suivant la formule de rémunération à l'acte.



ALBERTA

INTRODUCTION : LE SYSTÈME DE SOINS DE SANTÉ DE L'ALBERTA

En 2009-2010, le Ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta a poursuivi son objectif d'améliorer le rendement et l'accessibilité du système de santé lorsqu'il s'agit de répondre aux besoins de la population albertaine. Voici quelques réalisations clés.

- En février 2010, le gouvernement de l'Alberta a annoncé qu'il s'engageait à offrir un fonds d'administration de cinq ans à Alberta Health Services (AHS). Cet engagement assure un financement prévisible et stable du système de santé, permet à AHS de planifier et de mettre en œuvre des améliorations du système de santé et sera soutenu par des mesures du rendement du système de santé accompagnées d'objectifs sur cinq ans.
- Le comité consultatif sur la santé du ministre a été créé en septembre 2009 pour fournir des conseils sur les réformes législatives dans le but d'aider l'Alberta à prendre des mesures et à mettre en œuvre les services du système de santé d'aujourd'hui et de demain. En janvier 2010, le comité a publié son rapport, qui comportait quatre recommandations générales, notamment l'élaboration d'une nouvelle *Alberta Health Act*. Les auteurs du rapport recommandaient également la création d'un ensemble de principes pour le système de santé qui garantirait une participation continue des citoyens à l'élaboration des lois, des règlements et des politiques de même que l'élaboration de directives claires pour orienter les modifications aux lois, aux règlements, aux politiques et aux programmes dans tout le système de santé.
- Grâce à la stratégie albertaine sur les produits pharmaceutiques, les prix des médicaments génériques ont diminué. En général, les réductions allaient de 56 % à 75 % du prix d'un médicament de marque

comparable pour les médicaments génériques déjà disponibles et jusqu'à 45 % du prix d'un médicament de marque comparable pour les nouveaux médicaments génériques.

1.0 GESTION PUBLIQUE

1.1 Régime d'assurance-santé et autorité publique

Le ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta administre le régime d'assurance-santé de l'Alberta à des fins non lucratives et conformément à la *Loi canadienne sur la santé*. Depuis 1969, l'*Alberta Health Care Insurance Act* régit les activités du régime d'assurance-santé de l'Alberta. Le ministre de la Santé et du Mieux-être détermine les services assurés par le régime d'assurance-santé de l'Alberta.

1.2 Liens hiérarchiques

Le ministre de la Santé et du Mieux-être est responsable du régime d'assurance-santé de l'Alberta. La *Government Accountability Act* prévoit les structures de planification, de rapports hiérarchiques et de responsabilisation que le gouvernement et les organisations responsables doivent respecter.

1.3 Vérifications des comptes

Le vérificateur général de l'Alberta est le vérificateur de tous les ministères et services gouvernementaux, de tous les fonds réglementés et de tous les organismes provinciaux; il doit garantir au public la crédibilité des rapports financiers gouvernementaux. Le vérificateur général de l'Alberta a terminé sa vérification du ministère de la Santé et du Mieux-être le 31 mars 2010 et a indiqué que les états financiers présentaient, de façon juste, à tous égards importants, la situation financière et les résultats des activités pour l'exercice prenant fin le 31 mars 2010.

2.0 INTÉGRALITÉ

2.1 Services hospitaliers assurés

En Alberta, Alberta Health Services est l'organisme qui rend compte au ministre de la prestation des services hospitaliers assurés. La *Hospitals Act*, le Hospitalization Benefits Regulation (AR 244/1990), la *Health Care Protection Act* et le Health Care Protection Regulation

(AR 208/2000) régissent la prestation des services assurés par les hôpitaux ou les établissements de chirurgie désignés qui ne sont pas des hôpitaux. Aux termes de la loi, le ministre doit approuver tous les établissements hospitaliers et tous les établissements non hospitaliers de chirurgie. Un répertoire des hôpitaux approuvés en Alberta se trouve à l'adresse suivante :

www.health.alberta.ca/documents/hospital-directory.pdf
(en anglais seulement)

En 2009-2010, aucune modification n'a été apportée à la loi régissant les services hospitaliers assurés.

Les services financés par l'État fournis dans les hôpitaux autorisés de l'Alberta vont des services de diagnostic et de traitement des niveaux les plus élevés fournis aux malades hospitalisés et externes aux soins courants et à la prise en charge des patients présentant un état chronique diagnostiqué. Les services auxquels les patients ont accès en Alberta sont définis dans le Hospitalization Benefits Regulation (AR 244/1990). Le règlement se trouve à l'adresse suivante :

www.health.alberta.ca/about/health-legislation.html
(en anglais seulement)

Il n'existe pas de processus courant d'examen des services hospitaliers assurés, car la liste des services assurés figurant dans les règlements se veut à la fois complète et générique et ne requiert ni d'examen de routine ni de mise à jour. Les modifications aux services médicaux spécifiques se trouvent dans le barème des prestations médicales et elles sont décrites dans la section qui suit.

2.2 Services médicaux assurés

L'*Alberta Health Care Insurance Act* régit la rétribution des médecins pour les services médicaux assurés dans le cadre du régime d'assurance-santé de l'Alberta (article 6). Seuls les médecins qui satisfont aux exigences de l'*Alberta Health Care Insurance Act* peuvent offrir des services assurés au titre du régime d'assurance-santé de l'Alberta.

En date du 31 mars 2010, il y avait 6 482 médecins rémunérés à l'acte qui facturaient le régime d'assurance-santé de l'Alberta.

Pour s'inscrire à ce régime, le médecin doit remplir le formulaire d'inscription approprié et fournir une copie de son permis d'exercice délivré par un organisme de réglementation de la profession compétent, comme le College of Physicians and Surgeons of Alberta.

Aux termes de l'article 8 de l'*Alberta Health Care Insurance Act*, les médecins peuvent choisir de ne pas participer au régime d'assurance-santé de la province. En général, un médecin peut se retirer du régime en informant le ministre par écrit de la date du retrait, en publiant un avis du retrait proposé dans un journal à grand tirage de la région où il pratique et en publiant un avis du retrait proposé dans un endroit de son cabinet auquel les patients ont accès au moins 180 jours avant la date officielle du retrait.

Aux termes de l'article 8 de l'*Alberta Health Care Insurance Act*, tous les médecins sont considérés comme participant au régime. Un médecin peut choisir de ne pas y participer en informant le ministre par écrit de la date à partir de laquelle il souhaite se retirer et en s'assurant que chaque patient est informé de son retrait avant qu'un service lui soit fourni. En date du 31 mars 2010, il n'y avait aucun médecin non participant dans la province.

L'*Alberta Health Care Insurance Regulation* définit les services qui ne sont pas considérés comme étant des services de santé de base ou complémentaires. Le Medical Benefits Regulation établit les services qui sont payés pour ce qui est des services médicaux assurés fournis aux habitants de l'Alberta. Ces services sont documentés dans le barème des prestations médicales affiché à l'adresse suivante :

<http://www.health.alberta.ca/professionals/SOMB.html>
(en anglais seulement)

Le barème des prestations médicales est révisé de façon continue pour améliorer les services offerts par les médecins dans le cadre du régime d'assurance-santé de l'Alberta. Depuis le 1^{er} avril 2009, d'importants changements ont été apportés au barème. Tous les changements apportés au barème doivent être approuvés par le ministre. Parmi les principaux changements apportés, mentionnons :

- l'ajout d'un plan d'intervention annuel pouvant être utilisé pour les patients ayant besoin de soins complexes;
- l'ajout de l'évaluation gériatrique complète pour les patients de 75 ans et plus;
- la possibilité pour les physiothérapeutes d'orienter des patients vers des médecins.

Tout changement apporté aux services médicaux assurés mentionnés dans le barème est le résultat de négociations trilatérales entre le ministère de la Santé et du Mieux-Être de l'Alberta, l'Alberta Medical Association et Alberta Health Services.

2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

En Alberta, quelques actes de chirurgie dentaire sont assurés. La plupart de ces interventions peuvent seulement être facturées au régime d'assurance-santé de l'Alberta lorsqu'elles sont pratiquées par un dentiste spécialisé en chirurgie buccale et maxillo-faciale qui satisfait aux dispositions de l'*Alberta Health Care Insurance Act*. En vertu de l'article 7 de l'*Alberta Health Care Insurance Act*, tous les dentistes sont réputés participer au régime. Un dentiste peut se retirer du régime en avisant le ministre par écrit de la date de son retrait et en s'assurant que chaque patient est informé qu'il n'exerce plus dans le cadre du régime avant que des services quelconques ne lui soient fournis. En date du 31 mars 2010, aucun dentiste ne s'était retiré du régime de l'Alberta.

L'Alberta assure un certain nombre d'interventions de chirurgie buccale et maxillo-faciale médicalement nécessaires qui figurent dans le barème des prestations de chirurgie buccale et maxillo-faciale, affiché à l'adresse suivante :

<http://www.health.alberta.ca/professionals/allied-services-schedule.html> (en anglais seulement)

Il n'existe pas d'entente officielle entre les dentistes et le ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta, mais le Ministère rencontre les membres de l'Alberta Dental Association and College pour discuter des modifications au barème des prestations de chirurgie buccale et maxillo-faciale. Toute modification au barème doit être approuvée par le ministre.

2.4 Services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

L'article 12 du Health Care Insurance Regulation définit les services qui ne sont pas réputés être assurés. Le paragraphe 4(2) du Hospitalization Benefits Regulation présente la liste des services hospitaliers qui ne sont pas considérés comme étant assurés. La politique provinciale sur les chambres privées ou semi-privées et les biens ou services spéciaux est accessible à l'adresse suivante :

www.health.alberta.ca/newsroom/pub-health-authorities.html (en anglais seulement)

La politique expose les attentes de la province à l'égard d'Alberta Health Services et guide la prise de décisions de l'organisme en ce qui concerne l'offre de chambres privées ou semi-privées et la prestation de biens et de services bonifiés ou spéciaux. Ce cadre stratégique exige qu'Alberta Health Services donne un avis de

30 jours à la personne désignée par le ministre quant aux catégories de chambres privées ou semi-privées offertes et aux frais imposés pour chaque catégorie. Alberta Health Services doit également fournir un avis de 30 jours à la personne désignée par le ministre quant aux biens ou aux services qui seront fournis comme biens ou services spéciaux. Il doit aussi fournir des renseignements au sujet des frais pour ces biens ou services et, s'il y a lieu, indiquer les critères ou les signes cliniques qui permettraient à des patients d'en bénéficier en tant que biens ou services courants. Enfin, Alberta Health Services doit publier et tenir à jour une liste des biens et des services médicaux spéciaux. Ces listes sont revues périodiquement par le ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta et par Alberta Health Services.

3.0 UNIVERSALITÉ

3.1 Admissibilité

Aux termes de l'*Alberta Health Care Insurance Act*, tous les habitants de la province sont admissibles aux services de santé financés par le secteur public au titre du régime d'assurance-santé de l'Alberta. Par « habitant » on entend une personne légalement autorisée à être et à rester au Canada, qui est domiciliée en Alberta et qui y vit habituellement. Le terme « habitant » exclut les touristes et les personnes de passage ou en visite en Alberta. Les personnes de l'étranger qui déménagent en Alberta pour y établir leur résidence permanente sont admissibles à la couverture si elles ont le statut de résident permanent, ou de résident permanent ou de citoyen canadien rentrant au pays. Les résidents temporaires peuvent également être admissibles au régime s'ils ont l'intention de demeurer en Alberta pendant 12 mois et si leurs documents d'entrée au Canada sont en règle.

Les habitants qui ne sont pas admissibles au régime d'assurance-santé de l'Alberta mais qui relèvent du gouvernement fédéral sont les suivants :

- les membres des Forces canadiennes;
- les membres de la Gendarmerie royale du Canada (GRC) nommés à un grade;
- les détenus des pénitenciers fédéraux.

Le régime d'assurance-santé de l'Alberta couvre les personnes qui ne sont plus membres de la GRC ou des Forces canadiennes ou qui sont libérées d'un pénitencier fédéral à partir de la date de cessation d'emploi ou de libération si un avis est envoyé dans les trois mois. Si la cessation d'emploi ou la libération a lieu dans une autre

région du Canada, ces personnes sont admissibles à une couverture le premier jour du troisième mois suivant leur établissement en Alberta.

En 2009-2010, aucune modification relative à l'admissibilité n'a été apportée à la loi.

Tous les habitants de l'Alberta doivent s'inscrire au régime d'assurance-santé de la province et y inscrire également les personnes admissibles à leur charge. Les membres d'une même famille sont inscrits au même compte. Les nouveaux habitants de la province doivent présenter leur demande d'inscription dans les trois mois suivant leur arrivée. Les personnes arrivant de l'extérieur du Canada sont inscrites au régime le jour de leur établissement en l'Alberta. Le processus d'inscription au régime et de délivrance de cartes de remplacement exige que les personnes qui s'inscrivent produisent des pièces d'identité et des documents attestant qu'elles sont autorisées à être au Canada et qu'elles résident en Alberta. Ces mesures ont accru la sécurité et la protection de la confidentialité tout en réduisant les risques de fraude et d'abus.

En date du 31 mars 2010, 3 692 001 habitants de l'Alberta étaient inscrits au régime d'assurance-santé. En vertu de la *Health Insurance Premiums Act*, un habitant peut se retirer du régime d'assurance-santé de la province en présentant une déclaration en ce sens au ministre. En date du 31 mars 2010, 283 habitants de l'Alberta s'étaient retirés du régime.

3.2 Autres catégories de personnes

Les résidents temporaires en provenance de l'étranger qui peuvent être réputés résidents du Canada sont notamment les personnes ayant une fiche de visiteur ou une autorisation d'étude ou d'emploi et les titulaires d'un permis ministériel. En date du 31 mars 2010, 73 193 personnes étaient couvertes aux termes de conditions semblables.

4.0 TRANSFÉRABILITÉ

4.1 Période d'attente minimale

En vertu de l'*Alberta Health Care Insurance Act*, les personnes d'une autre région du Canada qui s'installent de façon permanente en Alberta sont assurées à compter du premier jour du troisième mois suivant leur arrivée.

4.2 Couverture durant des absences temporaires au Canada

Le régime d'assurance-santé de l'Alberta offre une couverture pour les 12 premiers mois d'absence des habitants admissibles de l'Alberta qui résident temporairement ailleurs au Canada. Les personnes qui désirent prolonger cette couverture peuvent demander les prolongations suivantes :

- quatre ans (48 mois) si l'absence est attribuable au travail, aux affaires ou à des œuvres missionnaires;
- deux ans (24 mois) si l'absence est attribuable à un voyage, à des visites personnelles ou à un congé de formation (sabbatique);
- la durée des études si l'absence est attribuable à l'inscription à temps plein dans un établissement d'enseignement agréé.

Les personnes qui s'absentent habituellement de l'Alberta chaque année doivent en général y passer un total cumulatif de 183 jours au cours d'une période de 12 mois pour demeurer assurées. Les personnes qui ne sont pas présentes en Alberta pendant les 183 jours prescrits peuvent être réputées habitantes de l'Alberta si elles convainquent le ministère de la Santé et du Bien-être que l'Alberta est leur lieu de résidence permanent et principal.

L'Alberta est partie aux ententes interprovinciales de facturation réciproque des services hospitaliers et médicaux. Ces ententes visent à limiter le nombre de processus de facturation complexes et à faire en sorte que les médecins et les hôpitaux qui fournissent des services aux habitants d'une autre province ou d'un territoire (le Québec ne participe pas à l'entente de facturation réciproque des services médicaux) soient payés dans les meilleurs délais possible. Aux termes de ces ententes, l'Alberta paie les coûts des services assurés reçus ailleurs au Canada par les Albertains aux taux de la province ou du territoire où le service a été rendu.

En 2009-2010, aucune modification n'a été apportée à la loi concernant la transférabilité à l'intérieur du pays. D'autres renseignements sur la couverture pendant les absences temporaires de l'Alberta sont fournis à :

www.health.alberta.ca/AHCIP/Q-coverage-outside-Alberta.html (en anglais seulement)

L'article 16 du Hospitalization Benefits Regulation porte sur le paiement des services hospitaliers qui sont reçus au Canada mais à l'extérieur de l'Alberta. L'article 4 du Medical Benefits Regulation porte sur le paiement des services médicaux reçus au Canada mais à l'extérieur de l'Alberta. Ces articles n'ont pas été modifiés en 2009-2010.

4.3 Couverture durant des absences temporaires à l'extérieur du Canada

La couverture du régime d'assurance-santé de l'Alberta est offerte les six premiers mois consécutifs d'absence temporaire à l'étranger. Les habitants de la province qui désirent prolonger cette couverture peuvent demander les prolongations suivantes :

- quatre ans (48 mois) si l'absence est attribuable au travail, aux affaires ou à des œuvres missionnaires;
- deux ans (24 mois) si l'absence est attribuable à un voyage, à des visites personnelles ou à un congé de formation (sabbatique);
- la durée des études si l'absence est attribuable à l'inscription à temps plein dans un établissement d'enseignement agréé.

Les personnes qui s'absentent habituellement de l'Alberta chaque année doivent en général y passer un total cumulatif de 183 jours au cours d'une période de 12 mois pour demeurer assurées. Les personnes qui ne sont pas présentes en Alberta pendant les 183 jours prescrits peuvent être réputées habitantes de l'Alberta si elles convainquent le ministère de la Santé et du Bien-être que l'Alberta est leur lieu de résidence permanent et principal.

Le montant maximal payable à l'égard de services hospitaliers aux patients hospitalisés à l'extérieur du pays est de 100 \$ canadiens par jour (excluant le jour du congé). Le montant par visite en consultation externe est de 50 \$ canadiens, à raison d'une visite par jour. La seule exception est l'hémodialyse qui peut commander un maximum de 472 \$ par visite, à raison d'une visite par jour. Les services offerts par des médecins et des dentistes ou chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux sont payés aux taux de l'Alberta. Il est également possible d'obtenir du financement par le truchement du Out-of-Country Health Services Committee, qui évalue les demandes de remboursement présentées par des habitants de l'Alberta pour des services médicalement nécessaires qui sont couverts par le régime d'assurance-santé de l'Alberta, mais qui ne sont pas offerts au

Canada. De plus amples renseignements sur la protection au cours d'absences temporaires à l'étranger sont présentés à l'adresse suivante :

www.health.alberta.ca/AHCIP/Q-coverage-outside-Alberta.html (en anglais seulement)

L'article 16 du Hospitalization Benefits Regulation porte sur le paiement des services hospitaliers qui sont reçus à l'extérieur du Canada. L'article 5 du Medical Benefits Regulation porte sur le paiement des services médicaux reçus à l'extérieur du Canada. Ces articles n'ont pas été modifiés en 2009-2010.

4.4 Nécessité d'une approbation préalable

Une approbation préalable n'est pas nécessaire pour les services assurés facultatifs reçus au Canada, mais à l'extérieur de l'Alberta, sauf pour les actes médicaux onéreux non compris dans les ententes de réciprocité, comme la chirurgie au scalpel gamma. Une approbation préalable est nécessaire pour les services facultatifs reçus hors du pays et ne sera accordée que pour les services assurés qui sont médicalement nécessaires, ne sont pas expérimentaux et ne sont pas offerts en Alberta ni ailleurs au Canada. Pour être pris en charge par le régime, ces services doivent être préalablement approuvés.

5.0 ACCESSIBILITÉ

5.1 Accès aux services de santé assurés

Tous les habitants de l'Alberta ont accès aux services de santé financés et assurés par la province, peu importe où ils habitent. En Alberta, il y a deux grandes régions métropolitaines, les régions de Calgary et de la capitale (Edmonton), qui fournissent, pour l'ensemble de l'Alberta, des services de santé payés aux habitants de la province qui ont besoin de services de diagnostic ou de traitement de niveau tertiaire.

Alberta Health Services est responsable de la surveillance de la planification et de la prestation de services de santé et de soutien à plus de trois millions et demi d'adultes et d'enfants habitant la province de l'Alberta. Le conseil d'administration d'Alberta Health Services gère tous les services de santé de la province et travaille en partenariat avec le ministère de la Santé et du Bien-être de l'Alberta pour s'assurer que tous les Albertains ont un accès égal aux services de santé partout dans la province.

Le Ministère a financé plusieurs projets de soins ambulatoires, primaires et de courte durée dans le but d'améliorer l'accès des Albertains à ces soins assurés. Parmi ces projets, mentionnons :

- l'achèvement de deux nouveaux projets de soins ambulatoires : le centre de soins de santé primaires d'Eastwood, à Edmonton, et une clinique de soins primaires au centre de santé Sheldon M. Chumir, à Calgary, de même que la rénovation et l'agrandissement du service d'urgence du centre régional de santé de Northern Lights, à Fort McMurray, et du centre de diagnostic et de traitement du chemin Richmond, à Calgary.
- la rénovation et l'agrandissement du service d'urgence et de la salle d'endoscopie de l'Hôpital Queen Elizabeth II à Grande Prairie, la clinique d'Edmonton et le centre de santé de Calgary-Est.
- l'achèvement du centre de soins de courte durée Peter Lougheed à Calgary, le nouveau pavillon Robbins (qui comprend l'Hôpital pour femmes Lois Hole) de l'Hôpital Royal Alexandra et le réaménagement de l'Hôpital de la communauté des sœurs grises à Edmonton.
- l'établissement d'un nouveau centre de radiothérapie à Lethbridge, qui permettra d'offrir davantage de services de traitement du cancer à l'Hôpital régional de Chinook. La planification et la conception d'un nouveau centre de radiothérapie contre le cancer se poursuivent à l'Hôpital régional de Red Deer.
- la création de deux nouveaux réseaux de soins primaires en 2009-2010. En juillet 2009, le réseau de soins primaires du centre de l'Alberta a été mis en place pour servir la ville de Fort Saskatchewan et la région environnante. En janvier 2010, le réseau de soins primaires de McLeod River a été créé pour servir la ville d'Edson, celle de Whitecourt et les environs. Le 31 mars 2010, il y avait 32 réseaux de soins primaires en activité dans la province, qui comptaient plus de 1 900 médecins de famille fournissant des soins de santé primaires à plus de 2,2 millions d'Albertains.
- la mise sur pied de trois nouveaux centres de soins primaires pour les patients ayant subi un AVC dans le cadre de l'Alberta Provincial Stroke Strategy, ce qui porte le nombre total de centres dans la province à 14. Grâce à une technologie de télédiagnostic des AVC, ces nouveaux centres ont amélioré un accès en 24 heures à un traitement optimal des AVC en Alberta.

- la création de 51 nouvelles places en santé mentale et en toxicomanie pour aider au traitement des personnes aux prises avec l'alcoolisme, la toxicomanie et des troubles psychiatriques. Ces places seront intégrées aux services déjà offerts en santé mentale et en toxicomanie afin d'améliorer l'accès et d'élargir le continuum de soins.

5.2 Rémunération des médecins

L'*Alberta Health Care Insurance Act* régit la rémunération des médecins. La plupart des médecins albertains sont rémunérés par le régime d'assurance-santé de l'Alberta selon le mode de rémunération à l'acte, qui est en fonction du volume. Les régimes prévoyant d'autres modes de rémunération et les réseaux de soins primaires (RSP) auxquels participent des spécialistes et des médecins de famille contribuent à l'amélioration des résultats sanitaires en favorisant une prestation de soins novatrice.

La rémunération des médecins est négociée dans le cadre d'un accord trilatéral entre l'Alberta Medical Association, le ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta et Alberta Health Services. L'accord prévoit aussi l'amélioration de l'accès aux services médicaux. Aux termes du même accord, d'autres modes de rémunération (AMR) ont été institués pour favoriser le recrutement et le maintien en poste de médecins, la prestation des services en équipe, l'accès aux services, la satisfaction des patients et l'optimisation des ressources. Les AMR assurent un financement prévisible qui permet aux groupes de médecins de recruter de nouveaux médecins dans leurs programmes et de les maintenir en poste. Ces AMR sont uniques en ce sens qu'ils offrent des solutions de rechange au financement traditionnel de la prestation des services de santé par le gouvernement.

L'accord autorise également les médecins de famille à établir des partenariats avec Alberta Health Services pour créer des RSP appelés à gérer l'accès aux services de première ligne. Les RSP travaillent en équipe pour coordonner les soins à leurs patients. Les médecins de famille travaillent avec les régions sanitaires pour mieux intégrer les services de santé en assurant la liaison avec les services régionaux, comme les soins à domicile. Les médecins de famille peuvent également travailler avec d'autres professionnels de la santé, comme des infirmières, des diététistes, des pharmaciens, des physiothérapeutes et des spécialistes de la santé mentale, qui aident à fournir des services au sein des réseaux.

À l'instar de la majorité des médecins, les dentistes qui fournissent des services de chirurgie buccale et maxillo-faciale assurés aux termes du régime d'assurance-santé de l'Alberta reçoivent de celui-ci une rémunération à l'acte, qui est en fonction du volume. Le ministère de la Santé et du Bien-être établit les tarifs par voie de consultation avec l'Alberta Dental Association and College.

5.3 Paiements aux hôpitaux

La *Regional Health Authorities Act* régit le financement de la seule régie régionale de la santé, soit Alberta Health Services. En Alberta, le financement fondé sur la population est la formule retenue pour assurer la prestation de la plupart des services hospitaliers assurés. Une subvention pour les services de santé mentale assurés est fournie dans les hôpitaux psychiatriques et les services de santé mentale en milieu communautaire. Des subventions sont accordées pour la prestation de services assurés dans les centres anticancéreux et pour payer les services d'oncologie reçus par les patients dans les hôpitaux régionaux. Les hôpitaux d'Edmonton et de Calgary reçoivent des fonds pour fournir des services hautement spécialisés à tous les habitants de la province.

La *Health Care Protection Act* de l'Alberta régit la prestation des services chirurgicaux assurés fournis par des établissements chirurgicaux autres que des hôpitaux. Le contrat entre l'établissement ou l'administrateur et Alberta Health Services doit avoir été approuvé par le ministre afin que l'établissement fournisse des services assurés. Les établissements chirurgicaux autres que des hôpitaux doivent également être désignés par le ministre et agréés par le College of Physicians and Surgeons of Alberta.

Conformément à la *Health Care Protection Act*, le ministre ne doit pas approuver une entente contractuelle, à moins que les conditions suivantes soient présentes :

- les services chirurgicaux assurés sont conformes aux principes de la *Loi canadienne sur la santé*;
- un besoin pour des services dans une région donnée est présent et le sera probablement dans le futur;
- les services chirurgicaux proposés n'auront pas d'incidence négative sur le système public de soins de santé de la province;
- il y aura vraisemblablement un avantage pour le public;
- Alberta Health Services dispose d'un plan opérationnel acceptable pour payer les services;
- l'entente proposée contient des attentes en matière de rendement et des mesures du rendement;
- les médecins qui fournissent les services se conformeront aux exigences relatives à l'éthique et aux conflits d'intérêts de la *Medical Profession Act* et des règlements connexes.

6.0 RECONNAISSANCE ACCORDÉE AUX TRANSFERTS FÉDÉRAUX

Le gouvernement de l'Alberta a reconnu la contribution du gouvernement fédéral au titre du Transfert canadien en matière de santé dans ses publications de 2009-2010.

PERSONNES INSCRITES					
	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
1. Nombre en date du 31 mars (#).	3 275 931	3 384 625	3 473 996	3 589 494	3 692 001

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE					
Établissements publics	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
2. Nombre (#).	208	204	204	251	248
3. Paiement des services de santé assurés (\$).	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Établissements privés à but lucratif	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
4. Nombre d'établissements privés à but lucratif offrant des services de santé assurés (#).	n.d. ¹				
5. Paiements aux établissements privés à but lucratif pour des services de santé assurés (\$).	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS AUX RÉSIDENTS DANS UNE AUTRE PROVINCE OU UN AUTRE TERRITOIRE					
	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
6. Nombre total de demandes – malades hospitalisés (#).	4 508	4 608	5 334	5 447	5 411
7. Total des paiements – malades hospitalisés (\$).	21 080 232	22 005 293	27 481 524	31 475 940	33 077 528
8. Nombre total de demandes – malades externes (#).	77 438	82 710	101 455	104 127	105 792
9. Total des paiements – malades externes (\$).	12 820 959	14 305 024	18 004 246	25 346 678	26 879 756

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA					
10. Nombre total de demandes – malades hospitalisés (#).	4 124	3 698	4 014	4 762	4 506
11. Total des paiements – malades hospitalisés (\$).	379 710	336 859	378 043	446 718	425 269
12. Nombre total de demandes – malades externes (#).	3 918	3 816	3 934	4 305	4 544
13. Total des paiements – malades externes (\$).	222 896	224 761	214 162	291 836	306 639

1. Ces données se trouvent sur le site Web du College of Physicians and Surgeons of Alberta, à <http://www.cpsa.ab.ca/home/home.asp> (en anglais seulement).

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE

	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
14. Nombre de médecins participants (#).	5 585	5 850	6 058	6 266	6 482 ²
15. Nombre de médecins ayant opté pour le retrait du régime d'assurance-santé (#).	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.
16. Nombre de médecins non participants (#).	0	0	0	0	0
17. Paiements totaux des services médicaux rémunérés pour l'ensemble des méthodes de paiement (\$).	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
18. Total des paiements pour services médicaux rémunérés à l'acte (\$).	1 472 634 054	1 558 128 163	1 718 717 023	1 851 703 042	2 133 199 354

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

	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
19. Nombre de services (#).	479 029	463 410	548 423	696 639	599 596
20. Total des paiements (\$).	17 745 928	17 450 377	20 899 683	22 614 491	24 621 807

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA

21. Nombre de services (#).	24 944	22 909	22 055	22 817	22 070
22. Total des paiements (\$).	1 049 384	1 054 544	1 105 831	1 245 840	1 266 451

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

	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
23. Nombre de dentistes participants (#).	230	220	207	202	212
24. Nombre de services fournis (#).	17 007	16 783	16 769	18 705	18 963
25. Total des paiements (\$).	3 275 978	3 637 243	3 913 975	4 479 725	4 847 467

2. Au total, 7 048 médecins sont inscrits au régime d'assurance-santé de l'Alberta. De ce nombre, 6 482 sont rémunérés à l'acte, 1 459 participent à des régimes prévoyant d'autres modes de rémunération et 1 927 participent à des réseaux de soins primaires.





COLOMBIE-BRITANNIQUE

INTRODUCTION

La Colombie-Britannique a un système de soins de santé intégré et progressif qui comprend les services assurés aux termes de la *Loi canadienne sur la santé*, les services financés entièrement ou partiellement par le gouvernement de la Colombie-Britannique et les services réglementés mais non financés par celui-ci.

Le ministère des Services de santé assume la responsabilité générale de s'assurer que des services de santé appropriés et de grande qualité sont offerts rapidement aux Britanno-Colombiens. Le Ministère collabore avec six régions de la santé, des fournisseurs de soins, des organismes et d'autres groupes pour fournir un accès aux soins de santé. Il fournit des services d'intendance, du leadership, une direction et un soutien aux partenaires fournisseurs de services et établit les normes, les attentes et les buts provinciaux relatifs à la prestation des services de santé par les régions de la santé.

Le Ministère surveille et gère directement un certain nombre de programmes et services provinciaux, notamment : le régime d'assurance-santé (Medical Services Plan), qui couvre la plupart des services médicaux; l'assurance-médicaments, qui offre une assurance pour les médicaments sur ordonnance aux Britanno-Colombiens; et la BC Vital Statistics Agency, qui recense et signale les événements démographiques, comme les naissances, les décès ou les mariages. De plus, le Ministère s'associe avec l'Emergency and Health Services Commission, qui fournit des services ambulanciers partout dans la province et gère HealthLink BC, système de navigation confidentiel permettant d'obtenir des renseignements, des conseils et des services de santé par téléphone ou sur Internet (voir www.healthlinkbc.ca). HealthLink BC publie aussi le BC Health Guide et gère BC Bed Line, le système de gestion provincial des places pour les soins de courte durée.

Les six régions de la santé de la province sont les principales organisations responsables de la prestation des

services de santé à l'échelle locale. Cinq régions régionales de la santé assurent la prestation d'un continuum complet de services de santé afin de répondre aux besoins de la population dans leur région respective. Une sixième région de la santé, la Provincial Health Services Authority, est responsable de la gestion de la qualité, de la coordination et de l'accessibilité de certains programmes et services de santé provinciaux spécialisés offerts par l'entremise d'organismes.

En 2009-2010, le gouvernement de la Colombie-Britannique a investi 15,5 milliards de dollars pour répondre aux besoins des Britanno-Colombiens en matière de santé. Ces fonds ont été investis dans un large éventail de programmes et de services qui cadrent avec les objectifs du ministère des Services de santé. Le réseau de la santé de la Colombie-Britannique continue d'être aux prises avec une demande sans cesse croissante en services de santé, une concurrence mondiale pour des travailleurs et professionnels de la santé et la nécessité de maintenir et d'améliorer les immeubles et l'équipement. En outre, la province veut s'assurer que tous ses habitants ont accès à des services de santé et jouissent d'une bonne santé; malheureusement, la population autochtone de la Colombie-Britannique ne jouit pas d'une aussi bonne santé que les autres habitants de la province, et le gouvernement collabore avec les Premières nations, les Métis et d'autres partenaires pour combler cet écart. Les taux d'obésité à la hausse, le manque d'activité physique, les blessures et l'usage problématique de substances ont tous une incidence sur l'état de santé des personnes et font augmenter la demande en services de santé.

En 2009-2010, le Ministère a lancé, poursuivi ou amélioré un certain nombre de stratégies dans tout le continuum des services de santé : prévention des maladies et des blessures, soins primaires, prise en charge des maladies chroniques, aide pour le paiement de la prime, aide pour les frais de déplacement, services ambulanciers, programmes portant sur la santé mentale et la toxicomanie en milieu communautaire, prévention et promotion de la santé, services hospitaliers et chirurgicaux, soins à domicile, aide à la vie autonome, soins en établissement et soins de fin de vie. Le Ministère a également veillé à ce qu'un effectif suffisant de professionnels de la santé qualifiés fournisse les services dans tout le continuum des soins.

Les renseignements suivants font état des réalisations importantes de 2009-2010 dans les secteurs pertinents à la *Loi canadienne sur la santé* : meilleur accès aux soins, innovation en matière de soins de santé et ressources humaines en santé.

Accès aux soins

- Le gouvernement de la Colombie-Britannique a investi plus de 150 millions de dollars depuis 2006, précisément pour réduire les temps d'attente pour les soins contre le cancer, la restauration de la vue, la chirurgie cardiaque, les diagnostics et les remplacements articulaires. Dans le dernier bulletin publié par l'Alliance sur les temps d'attente en juin 2010, seuls la Colombie-Britannique, le Québec et l'Ontario ont reçu un A dans chaque catégorie pour les progrès réalisés quant aux mesures visant à ce que les soins suivants soient fournis dans un délai raisonnable : remplacements articulaires, traitements contre le cancer, chirurgie de la cataracte et soins cardiaques.
- Les premiers traitements de maladies cardiaques à l'Hôpital général de Kelowna ont eu lieu, permettant aux patients d'obtenir des soins plus près de leur domicile, sans avoir à se déplacer jusqu'au Lower Mainland.
- Au cours de l'année, 29 nouveaux médicaments ont été ajoutés à la liste du formulaire du régime d'assurance-médicaments, permettant aux Britanno-Colombiens de bénéficier de médicaments sur ordonnance admissibles supplémentaires.
- La province a mis en place 6 327 nouveaux lits de soins en établissement, résidences-services et logements supervisés, créant ainsi un total de 13 780 places nouvelles et de remplacement depuis juin 2001.

Innovation en matière de soins de santé

Le ministère des Services de santé continue de prendre des mesures pour favoriser et promouvoir les innovations au sein du système de soins de santé, réduisant les délais d'attente, augmentant l'accès aux soins et améliorant la qualité des soins fournis. Voici certains des faits saillants liés aux stratégies actuelles en matière d'innovation.

- En partenariat avec le BC Medical Association (BCMA), la province continue de déployer les stratégies qui encouragent les médecins de famille à améliorer l'accès aux soins de santé primaires au profit de tous les Britanno-Colombiens, y compris plus de 15 initiatives distinctes pour améliorer les soins que reçoivent les patients et la façon dont les médecins les offrent. Au total, nous avons investi 800 millions de dollars pour mettre en œuvre les changements qui soutiendront les médecins et amélioreront notre système de soins primaires.

- Divers projets du iCare entrepris dans des hôpitaux partout dans la province, qui adoptent une approche d'équipe en collaboration à l'égard des soins aux patients, ont enregistré des réductions générales quant à la durée de séjour moyenne. Par exemple, lors d'un examen effectué en juillet, les responsables de l'Hôpital général de Powell River ont indiqué que la durée de séjour moyenne pour un patient a diminué, passant de 11,1 jours à 9,5 jours, soit une réduction de 13,9 %.

Ressources humaines en santé

Le gouvernement de la Colombie-Britannique travaille pour s'assurer que l'expansion des programmes de santé continue de s'harmoniser avec le plan des ressources humaines en santé. Une combinaison de stratégies en matière de recrutement, de conservation et de formation du personnel est nécessaire pour répondre à la demande actuelle et projetée.

Depuis 2001, 6 500 places en formation ont été ajoutées aux programmes de santé (soins infirmiers, soins médicaux et paramédicaux) dans l'ensemble de la Colombie-Britannique. Ce nombre comprend 1 200 nouvelles places pour la formation paramédicale et le double du nombre de places pour la formation en soins infirmiers. Vingt-cinq nouveaux programmes de soins infirmiers ont été créés dans la province, dont trois nouveaux programmes accélérés de baccalauréat en sciences infirmières au British Columbia Institute of Technology, au Collège communautaire de Vancouver et à la University of the Fraser Valley. De plus, le nombre de places en première année de médecine a doublé au cours de cette période.

Des plans sont en cours pour ajouter, à partir de septembre 2011, 32 places en première année au programme de médecine offert à Okanagan. Actuellement, 7 231 médecins diplômés au Canada et 2 282 médecins diplômés à l'étranger détiennent un permis d'exercice. De plus, le champ d'activité des infirmières autorisées a changé; celles-ci peuvent maintenant administrer des médicaments en l'absence d'un médecin ou d'une infirmière praticienne pour traiter les patients atteints de la grippe, ce qui aide à gérer les épidémies de grippe dans les collectivités rurales ou éloignées. Le nombre d'infirmières praticiennes en Colombie-Britannique a augmenté de 37 % depuis 2001, passant à 13 527.

Depuis 2002-2003, le nombre de diplômés en médecine en Colombie-Britannique a augmenté, passant de 128 par année à un potentiel de 256 d'ici 2011-2012 et de 288 d'ici 2014-2015, ce qui permet d'améliorer la disponibilité des omnipraticiens et des médecins spécialistes ainsi que l'accès à ceux-ci pour les habitants de la province.

1.0 GESTION PUBLIQUE

1.1 Régime d'assurance-santé et autorité publique

Le régime d'assurance-santé (Medical Services Plan) de la Colombie-Britannique est administré par le ministère des Services de santé de la Colombie-Britannique. Les services médicalement nécessaires fournis par des médecins et d'autres professionnels de la santé, les services de laboratoire et les actes diagnostiques sont assurés en vertu du régime. Le ministère des Services de santé établit des buts, des normes et des objectifs de rendement pour la prestation des services de santé, en plus de travailler avec les six régies de la santé de la province pour fournir, dans les meilleurs délais, des services de santé appropriés, et de qualité, aux Britanno-Colombiens. Les services hospitaliers généraux sont fournis aux termes de la *Hospital Insurance Act* (article 8) et de son règlement d'application, de la *Hospital Act* (article 4), de la *Continuing Care Act* (article 3) et de la *Hospital District Act* (article 20).

La Medical Services Commission (MSC ou Commission) gère le régime d'assurance-santé au nom du gouvernement de la Colombie-Britannique, conformément à la *Medicare Protection Act* (article 3) et à son règlement d'application. Le but de cette loi est de préserver un système public de soins de santé économiquement viable en Colombie-Britannique, où l'accès aux soins médicaux nécessaires est fondé sur le besoin et non sur la capacité de payer de la personne. La fonction et le mandat de la MSC sont de faciliter, par le truchement du régime d'assurance-santé, un accès raisonnable à des soins médicaux, à des soins de santé et à des services diagnostiques de qualité pour les citoyens de la Colombie-Britannique.

La MSC est un organisme de neuf membres constitué par une loi, qui comprend trois représentants du gouvernement, trois représentants de la British Columbia Medical Association (BCMA) et trois représentants du public choisis par l'association et le gouvernement.

1.2 Liens hiérarchiques

La MSC rend des comptes au gouvernement de la Colombie-Britannique par l'entremise du ministère des Services de santé; un rapport est publié chaque année pour l'exercice financier précédent, qui fait le point sur les activités de la Commission, ses sous-comités et les autres instances déléguées. Les états financiers de la MSC sont aussi publiés chaque année; la liste alphabétique des paiements de la Commission aux praticiens, aux groupes, aux cliniques, aux hôpitaux et aux centres de diagnostic y est présentée pour chaque exercice financier.

Le ministère des Services de santé fournit des renseignements détaillés dans le rapport annuel sur le rendement du système de santé public de la Colombie-Britannique. Le suivi et la présentation de ces renseignements cadrent avec l'approche stratégique du Ministère en matière de planification du rendement et de présentation de rapports sur le rendement ainsi qu'avec les exigences de la *Budget Transparency and Accountability Act* (2000) de la province.

En plus du rapport annuel sur le rendement du système de santé, le Ministère rend des comptes au moyen de diverses publications, notamment :

- le rapport annuel sur les statistiques de l'état civil;
- les rapports et les lettres concernant les attentes des régies de la santé du gouvernement;
- le rapport annuel du médecin-hygiéniste de la province (sur la santé de la population);
- le rapport sur les indicateurs comparables à l'échelle nationale (Institut canadien d'information sur la santé);
- les rapports sur la gestion des ressources du régime d'assurance-santé.

1.3 Vérification des comptes

Les comptes et les transactions financières du Ministère peuvent être vérifiés par :

- les services consultatifs et de vérification interne du bureau du contrôleur général, à titre de vérificateur interne du gouvernement provincial; le contrôleur fixe le moment et la portée des vérifications internes par voie de consultation avec le comité de vérification du Ministère;
- le Bureau du vérificateur général (BVG) de la Colombie-Britannique, qui doit faire les vérifications et en présenter les résultats à l'Assemblée législative. Il décide de son propre chef de faire une vérification et en détermine seul la portée. Le comité des comptes publics de l'Assemblée législative examine les recommandations du BVG et détermine si le Ministère leur a donné les suites voulues.

1.4 Organisme désigné

Le régime d'assurance-santé de la Colombie-Britannique exige que les citoyens admissibles paient des primes. Ces primes ont été prélevées par le ministère des Finances durant l'exercice 2009-2010. Revenue Services of British Columbia (RSBC) est responsable des services de gestion

des revenus, ce qui comprend la gestion des comptes, la facturation, les remises et les recouvrements, au nom de la province de la Colombie-Britannique (ministère des Finances). La province demeure responsable de toutes les mesures de recouvrement appliquées par le gouvernement, en garde le contrôle et se charge de les exécuter.

RSBC doit se conformer à toutes les lois applicables, dont les suivantes :

- l'*Ombudsman Act* (Colombie-Britannique);
- la *Business Practices and Consumer Protection Act* (Colombie-Britannique);
- la *Financial Administration Act* (Colombie-Britannique);
- les lois sur l'accès à l'information, c'est-à-dire la *Freedom of Information and Protection of Privacy Act* (Colombie-Britannique), y compris les inspections en vertu de cette loi, la *Personal Information Protection Act* (Colombie-Britannique) et la loi fédérale équivalente, s'il y a lieu.

En 2005, le Ministère a passé un contrat à MAXIMUS BC pour la gestion du régime d'assurance-santé et du régime d'assurance-médicaments (y compris la réponse aux demandes de renseignements du public, l'inscription des clients et le traitement des réclamations de frais médicaux et pharmaceutiques des professionnels de la santé). Ce nouvel organisme s'appelle Health Insurance BC (HIBC). Les fonctions d'établissement des politiques et de prise de décisions continuent de relever du ministère des Services de santé.

- HIBC présente des rapports mensuels au ministère des Services de santé sur les niveaux de service au public et aux fournisseurs de soins de santé. HIBC publie également sur son site Web des rapports trimestriels sur les niveaux de rendement des services clés.
- HIBC impute les paiements sur les prestations approuvées par le Ministère, qui approuve tous les paiements avant qu'ils soient émis.

2.0 INTÉGRALITÉ

2.1 Services hospitaliers assurés

La *Hospital Act* et le *Hospital Act Regulation* confèrent au ministre des Services de santé le pouvoir de désigner des établissements comme hôpitaux, d'accorder des permis à des hôpitaux privés, d'approuver les règlements administratifs des hôpitaux, d'inspecter les hôpitaux et de nommer un administrateur public. La Loi et son règlement fixent également les paramètres généraux

du fonctionnement des hôpitaux. En 2009, la *Hospital Act* a été modifiée pour que la charte des droits des patients soit appliquée à des patients admis dans des hôpitaux privés et dans des établissements de soins de longue durée. La charte des droits des patients a aussi été ajoutée à la *Community Care and Assisted Living Act* afin qu'elle soit appliquée aux adultes admis dans les établissements de soins communautaires réglementés aux termes de cette loi. Les droits visés par la charte se divisent en quatre catégories :

- engagement à l'égard des soins;
- droit à la santé, à la sécurité et à la dignité;
- droit à la participation et à la liberté d'expression;
- droit à la transparence et à la responsabilisation.

Un règlement complémentaire lié à la façon d'afficher la charte des droits, le *Patients' Bill of Rights Regulation*, a été élaboré.

En 2010, la *Hospital Act* a été modifiée pour empêcher les employés des hôpitaux privés et des établissements de soins de longue durée de persuader ou d'inciter les patients à faire un don ou un legs à leur avantage. Elle empêche aussi les employés d'agir en tant que représentants ou sous procuration, à moins que l'employé soit l'époux, le parent ou l'enfant du patient.

En 2010, la *Hospital District Act* a été modifiée pour harmoniser les dispositions avec l'établissement de la nouvelle municipalité régionale de Northern Rockies (MRNR). La MRNR a été constituée en personne morale le 6 février 2009. Elle est unique dans la province, car elle ne fait pas partie d'un district régional. Comme le système de districts régionaux constitue le véhicule pour l'exécution de certaines fonctions gouvernementales locales importantes, les Northern Rockies Regional Municipality Interim Regulations ont été adoptés pour assurer le fonctionnement normal et continu des fonctions liées aux districts hospitaliers et à la gestion des déchets dans la région de Northern Rockies. La modification législative étend les changements apportés par le règlement provisoire en les insérant directement dans la loi. La *Hospital District Act* a été modifiée pour refléter la responsabilité du service d'évaluation foncière de la Colombie-Britannique de fournir aux comités de district hospitalier les renseignements présentant la valeur imposable nette pour l'année en cours des terrains et des améliorations de chaque municipalité membre et de la région rurale dans le district, dans les rôles d'évaluation terminé et révisé.

La *Hospital Insurance Act* confère au ministre des Services de santé le pouvoir de verser des paiements aux régies de la santé pour assurer le fonctionnement

des hôpitaux, indique qui a droit de recevoir des services assurés et définit les « services hospitaliers généraux » qui doivent être fournis à titre de prestations. En 2009, une modification a été apportée à la *Hospital Insurance Act* pour permettre au ministre de réduire ou de supprimer les quotes-parts pour les clients admis dans les établissements de soins pour bénéficiaires internes et ceux admis dans des établissements de soins de courte durée qui attendent d'être placés dans un établissement de soins pour bénéficiaires internes. La quote-part du client vise à couvrir les coûts d'hébergement (p. ex. la chambre et la pension), tandis que les fonds publics couvrent les coûts liés aux soins (p. ex. soins infirmiers, aides-soignants). Les *Hospital Insurance Fees Regulations* prévoyaient que le ministre pouvait réduire ou supprimer la quote-part; les modifications ont clarifié le pouvoir du ministre à cet égard.

En 2009, les *Hospital Insurance Act Regulations* ont été modifiés de façon à définir la nouvelle structure de taux de quote-part et les calculs requis pour obtenir les nouveaux taux tout en établissant le montant maximal des frais et en maintenant le revenu résiduel minimal pour les bénéficiaires et les clients à faible revenu. Le nouveau taux de quote-part lié aux soins en établissement pour les clients admis dans des établissements financés par les fonds publics est de 80 % du revenu annuel après impôts du client, le taux mensuel minimal étant de 894,40 \$, et le taux maximal de 2 392 \$ par mois. Un engagement a été pris pour veiller à ce que chaque client ou bénéficiaire ait un revenu résiduel d'au moins 275 \$ par mois dans le cadre de la nouvelle structure de frais.

La même année, une modification a aussi été apportée à la *Continuing Care Act* pour permettre au ministre de réduire ou de supprimer les quotes-parts. La quote-part du client vise à couvrir les coûts d'hébergement (p. ex. la chambre et la pension), tandis que les fonds publics couvrent les coûts liés aux soins (p. ex. soins infirmiers, aides-soignants). Les *Continuing Care Fees Regulations* prévoyaient que le ministre pouvait réduire ou supprimer la quote-part; les modifications ont clarifié le pouvoir du ministre à cet égard.

En 2009, les *Continuing Care Fees Regulations* ont été modifiés de façon à définir la nouvelle structure de taux de quote-part et les calculs requis pour obtenir les nouveaux taux tout en établissant le montant maximal des frais et en maintenant le revenu résiduel minimal pour les bénéficiaires et les clients à faible revenu. Le nouveau taux de quote-part lié aux soins en établissement pour les clients admis dans des établissements financés par les fonds publics est de 80 % du revenu annuel après impôts du client, le taux mensuel minimal étant de

894,40 \$, et le taux maximal de 2 392 \$ par mois. Un engagement a été pris pour veiller à ce que chaque client ou bénéficiaire ait un revenu résiduel d'au moins 275 \$ par mois dans le cadre de la nouvelle structure de frais.

Les services hospitaliers sont assurés lorsqu'ils sont fournis à un bénéficiaire dans un hôpital public et qu'ils sont jugés médicalement nécessaires par le médecin, l'infirmière praticienne ou la sage-femme de service. Ces services sont fournis sans frais aux bénéficiaires, à l'exception des frais différentiels pour les fournitures médicales ou chirurgicales à supplément, mais non médicalement nécessaires, et les chambres privées ou semi-privées quand elles ne sont pas médicalement nécessaires. Des frais journaliers, qui sont fonction du revenu, sont également imposés aux bénéficiaires de soins en établissement hébergés dans des hôpitaux de soins de longue durée ou des hôpitaux généraux.

Les services hospitaliers généraux et les modalités de leur prestation sont définis dans le *Hospital Insurance Act Regulations*. Pour les malades hospitalisés, ce sont : l'hébergement et les repas en salle commune; les services infirmiers nécessaires; les actes de laboratoire et de radiologie, ainsi que les interprétations nécessaires, et tout acte de diagnostic ainsi que les interprétations nécessaires, approuvés par le ministre, dans un hôpital donné, et qui visent à maintenir la santé ou à prévenir, à diagnostiquer ou à traiter une maladie, une blessure ou une incapacité; les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes; les fournitures chirurgicales courantes; l'usage des salles d'opération, d'accouchement et d'anesthésie, y compris le matériel et les fournitures nécessaires; l'usage des installations de radiothérapie et de physiothérapie; d'autres services approuvés par le ministre.

Les services hospitaliers généraux suivants sont également assurés pour les malades externes : services de chirurgie de jour; dialyse dans les hôpitaux désignés ou d'autres établissements approuvés; soins de jour pour les diabétiques dans les hôpitaux désignés; conseils en diététique fournis par des diététistes qualifiés; consultations et soins de jour en psychiatrie; réadaptation; oncothérapie et cytologie; traitement du psoriasis; avortement et imagerie par résonance magnétique (IRM).

Les services assurés dans les hôpitaux de réadaptation sont : l'hébergement et les repas en salle commune; les services infirmiers nécessaires; les médicaments, les préparations biologiques et les préparations connexes; l'usage des installations de physiothérapie et d'ergothérapie; les actes de laboratoire et de radiologie, ainsi que les interprétations nécessaires, et tout acte de diagnostic ainsi que les interprétations nécessaires,

approuvés par le ministre, dans un hôpital donné, et qui visent à maintenir la santé ou à prévenir, à diagnostiquer ou à traiter une maladie, une blessure ou une incapacité; d'autres services approuvés par le ministre.

Les services assurés dans les hôpitaux de soins de longue durée sont : l'hébergement et les repas en salle commune; les services infirmiers nécessaires; les médicaments, les préparations biologiques et les préparations connexes; les actes de laboratoire et de radiologie, ainsi que les interprétations nécessaires, et tout acte de diagnostic, ainsi que les interprétations nécessaires, approuvés par le ministre, dans un hôpital donné, et qui visent à maintenir la santé ou à prévenir, à diagnostiquer ou à traiter une maladie, une blessure ou une incapacité; d'autres services approuvés par le ministre.

Les services hospitaliers assurés n'incluent pas les suivants : le transport en direction et en provenance de l'hôpital (toutefois, les transferts en ambulance sont assurés en vertu d'un autre programme du Ministère, moyennant de légers frais d'utilisation); les services ou traitements qui, après examen des faits médicaux par le ministre ou une personne désignée par le ministre, ne sont pas jugés nécessaires; les services ou traitements pour une maladie ou une affection exclue par règlement du lieutenant-gouverneur en conseil; les services fournis à des non-bénéficiaires.

Aucun nouveau service hospitalier n'a été ajouté au cours de l'exercice financier 2009-2010.

Il n'y a pas de processus d'examen périodique des services hospitaliers assurés puisque la liste du Règlement se veut complète et générique et ne nécessite ni mises à jour ni examens périodiques. Il existe par contre un processus structuré pour ajouter des services médicaux particuliers (prestations pouvant être facturées par les médecins) à la liste des services assurés en vertu de la *Medicare Protection Act*, et ce processus est décrit à la section 2.2 du présent rapport.

2.2 Services médicaux assurés

La gamme des services médicaux assurés dans le cadre du régime d'assurance-santé comprend tous les services de diagnostic et de traitement médicalement nécessaires.

Les services médicaux assurés sont fournis conformément à la *Medicare Protection Act*. Aux termes de l'article 13, les praticiens inscrits (notamment les médecins et autres professionnels de la santé, comme les sages-femmes) qui offrent des services à un bénéficiaire sont admissibles au

paiement des services rendus conformément au barème d'honoraires applicable.

Sauf en cas d'exclusion expresse, les services médicaux suivants sont assurés au titre du régime d'assurance-santé, conformément à la *Medicare Protection Act* et à la *Loi canadienne sur la santé* :

- les services médicalement nécessaires pour les « bénéficiaires » (habitants de la Colombie-Britannique) fournis par un médecin inscrit au régime d'assurance-santé;
- les services médicalement nécessaires fournis sous la supervision d'un médecin inscrit dans un établissement de diagnostic agréé.

Pour exercer en Colombie-Britannique, les médecins doivent être inscrits au tableau du College of Physicians and Surgeons of British Columbia et être membres en règle de cet organisme. Ils doivent en outre être inscrits au régime d'assurance-santé afin de recevoir des paiements pour la prestation de services assurés. Au cours de l'exercice financier 2009-2010, 9 201 médecins étaient inscrits (ce nombre ne comprend que les omnipraticiens et les spécialistes ayant facturé à l'acte en 2009-2010) et pratiquaient la facturation à l'acte. De plus, certains médecins étaient uniquement salariés, ou rémunérés à la vacation ou en vertu d'ententes contractuelles (conventions de services) avec les régies de la santé. Les médecins rémunérés par ces autres modes peuvent également facturer des services à l'acte dans le cadre de leur pratique. Les professionnels de la santé qui ne sont pas médecins et qui peuvent s'inscrire pour dispenser des services assurés dans le cadre du régime d'assurance-santé sont les sages-femmes ainsi que les chirurgiens-dentistes, les optométristes, les ostéopathes et les chirurgiens podiatres (appelés collectivement « supplementary benefit practitioners »). Seuls les bénéficiaires du régime qui reçoivent de l'aide pour le paiement de leurs primes ont droit aux services de physiothérapie, de massothérapie, de chiropractie, de naturopathie, d'acupuncture et de podiatrie non chirurgicale. En 2009-2010, 164 sages-femmes et 5 753 praticiens (y compris des acupuncteurs) étaient rémunérés à l'acte par l'intermédiaire du régime d'assurance-santé.

Un médecin peut choisir de ne pas s'inscrire auprès de la Medical Services Commission (MSC ou Commission) ou de se retirer du régime. Les médecins inscrits peuvent annuler leur inscription en donnant un préavis écrit de 30 jours à la Commission. Les coûts des services fournis par un médecin non inscrit sont entièrement à la charge du patient. En 2009-2010, le régime d'assurance-santé comptait cinq médecins qui s'étaient retirés du régime et deux qui n'y participaient pas.

Les médecins inscrits peuvent choisir d'être payés directement par les patients, auquel cas ils doivent faire parvenir un avis écrit à la Commission. Dans un délai de 30 à 45 jours suivant la réception de l'avis, celle-ci leur communiquera une date d'entrée en vigueur. Les patients peuvent soumettre au régime d'assurance-santé une demande de remboursement à l'égard des frais des services assurés reçus.

En vertu de l'accord-cadre entre le gouvernement, la MSC et la British Columbia Medical Association (BCMA), les changements apportés au barème d'honoraires (ajouts, suppressions et modifications d'honoraires) sont effectués par la Commission, sur l'avis de la BCMA. Les médecins qui veulent modifier le barème d'honoraires doivent présenter leurs propositions au comité des tarifs de la BCMA. Sur recommandation de ce comité, la Commission peut inscrire provisoirement de nouveaux actes ou de nouveaux services pendant que la liste définitive est dressée.

Durant l'exercice 2009-2010, les services médicaux qui ont été ajoutés au régime d'assurance-santé comprenaient 66 nouveaux services qui reflètent les normes de pratique actuelles, par exemple :

- Consultation au cabinet d'un omnipraticien pour le virus H1N1 (service annulé le 15 décembre 2009)
- Conseils téléphoniques au sujet du virus H1N1 (service annulé le 18 janvier 2010)
- Shunt intrahépatique par voie transjugulaire
- Arthroplastie ostéocapsulaire (ouverte, arthroscopique ou du coude)
- Blépharoplastie simple, non cosmétique (bilatérale)
- Blépharoplastie compliquée, non cosmétique (bilatérale)
- Plastie de réduction mammaire pour l'hypermastie (bilatérale)
- Oreilles décollées – otoplastie bilatérale
- Fermeture de la CIA au moyen d'un dispositif d'occlusion cardiaque par voie percutanée (transcathéter) – pour les patients âgés de plus de 18 ans – frais composés
- Valvuloplastie percutanée par ballon pour la sténose aortique – frais composés
- Valvuloplastie percutanée par ballon pour la sténose mitrale congénitale ou rhumatismale – frais composés

En 2009, l'article 36 de la *Medicare Protection Act* a été modifié de façon à renforcer la définition d'« organisme désigné » (prescribed agency) et à ce que ce terme désigne

une « société ou un autre organisme » (corporation or other body). Dans l'ancien libellé de l'article 36, le terme ne désignait qu'un « organisme » (body). Cette modification à la loi clarifie le pouvoir de la Commission d'effectuer une vérification des médecins et des professionnels de la santé pour les demandes présentées par des organismes tels que Work Safe BC ou l'Insurance Corporation of BC comme s'il s'agissait de demandes liées au régime d'assurance-santé.

En 2009, les Medical and Health Care Services Regulations ont été modifiés pour :

- mettre en application l'article 11 de la *Health Statutes Amendment Act*;
- établir des critères pour la divulgation de renseignements prescrits aux bénéficiaires et au public aux termes de l'article 49 de la *Medicare Protection Act* par l'entremise du Disclosure of Prescribed Information Regulations;
- réajuster les primes liées au régime d'assurance-santé;
- réajuster le niveau d'admissibilité relatif au revenu pour l'aide pour le paiement de la prime;
- exclure le revenu provenant de régimes enregistrés d'épargne-invalidité au moment de déterminer l'admissibilité à l'aide pour le paiement de la prime.

En 2010, les Medical and Health Care Services Regulations ont été modifiés pour permettre aux praticiens d'autres provinces de commander des services diagnostiques en Colombie-Britannique pour les habitants admissibles et pour augmenter les taux des primes liées au régime d'assurance-santé.

2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

Les services de chirurgie dentaire sont couverts par le régime lorsque l'hospitalisation est jugée médicalement nécessaire pour effectuer de façon appropriée et sécuritaire une intervention chirurgicale prévue dans le barème d'honoraires pour services dentaires. Les ajouts ou les modifications à la liste des services assurés sont effectués par le régime d'assurance-santé, sur l'avis du Dental Liaison Committee, et doivent être approuvées par la MSC. Les actes de chirurgie dentaire assurés sont les interventions visant à traiter un trouble de la cavité buccale ou d'un élément fonctionnel de la mastication. En général, ces actes incluent la chirurgie buccale et maxillo-faciale en cas de blessures traumatiques; la chirurgie orthognathe; les extractions requises sur le plan médical; le traitement chirurgical d'un trouble de l'articulation temporomandibulaire.

Tout chirurgien-dentiste généraliste ou stomatologiste membre en règle du College of Dental Surgeons et inscrit au régime d'assurance-santé peut offrir des services de chirurgie dentaire assurés en milieu hospitalier. En 2009-2010, 243 dentistes (ce nombre ne comprend que les chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux, les chirurgiens-dentistes, les spécialistes de la médecine buccale et les orthodontistes) étaient inscrits au régime et facturaient à l'acte. Aucun nouveau service de chirurgie dentaire assuré n'a été ajouté au cours de l'exercice 2009-2010.

2.4 Services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

Les médicaments à emporter à domicile ou certains médicaments administrés à l'hôpital ne sont pas assurés pour les malades externes, sauf s'ils sont fournis au titre du régime d'assurance-médicaments. Les autres services exclus aux termes de la *Hospital Insurance Act* sont : les services fournis par le personnel médical qui n'est pas employé par un hôpital; les traitements pris en charge par Worksafe BC, le ministère des Anciens Combattants ou tout autre organisme; les services visant des fins purement esthétiques; le rétablissement de la fécondité.

Les services hospitaliers non assurés sont : l'hébergement en chambre privée ou semi-privée à la demande du patient; la télévision, le téléphone et les services infirmiers privés; les fournitures médicales ou chirurgicales à supplément; les soins dentaires pouvant être fournis dans une clinique dentaire, y compris les services de dentisterie prothétique et d'orthodontie; les services à supplément fournis aux malades dans les unités ou les hôpitaux fournissant des soins de longue durée.

Les services non assurés au titre du régime d'assurance-santé sont : les services assurés aux termes de la *Workers' Compensation Act* ou d'autres lois provinciales ou fédérales; les prothèses non implantées; les orthèses; les spécialités pharmaceutiques et les médicaments brevetés; les examens qui ne sont pas médicalement requis; les interventions de chirurgie buccale ou maxillo-faciale pratiquées au cabinet du dentiste; les consultations téléphoniques non liées aux visites assurées; le rétablissement de la fécondité; la fécondation *in vitro*; les services médico-légaux; la plupart des interventions de chirurgie esthétique.

L'accès aux services hospitaliers ou médicaux est accordé si le médecin traitant ou l'hôpital juge qu'ils sont médicalement nécessaires.

L'article 45 de la *Medicare Protection Act* interdit la vente ou l'émission d'une police d'assurance-santé par des assureurs privés à des patients à l'égard de services

qui sont assurés lorsqu'ils sont fournis par un praticien. L'article 17 interdit d'imposer à une personne des frais à l'égard d'un service assuré ou [Traduction] « de fournitures, de consultations, d'intervention et de l'usage d'un bureau, d'une clinique ou d'un autre endroit ou de toute autre chose associée à la prestation d'un service assuré ».

Le ministère des Services de santé donne suite aux plaintes des patients et prend les mesures qui s'imposent pour corriger les situations signalées au Ministère. La MSC détermine les services qui sont assurés et a le pouvoir de désassurer des services. Les propositions à cet effet doivent lui être soumises. Une consultation peut alors être faite par le truchement d'un sous-comité de la Commission, consultation qui comporte normalement un examen du comité des tarifs de la British Columbia Medical Association. Aucun service n'a été désassuré en 2009-2010.

3.0 UNIVERSALITÉ

3.1 Admissibilité

L'admissibilité et l'inscription des bénéficiaires au régime d'assurance-santé sont définies à l'article 7 de la *Medicare Protection Act*. La partie 2 du Medical and Health Care Services Regulations, établi en vertu de cette loi, établit les exigences en matière de résidence.

Il faut être un habitant de la Colombie-Britannique pour être admissible aux services de santé assurés de la province.

Un habitant, au sens de l'article 1 de la *Medicare Protection Act*, est une personne qui :

- est un citoyen canadien ou un résident permanent (personne légalement admise au Canada);
- établit sa résidence en Colombie-Britannique;
- est effectivement présente en Colombie-Britannique au moins six mois par année civile;
- est réputée être un habitant au sens du règlement.

D'autres personnes, comme certains détenteurs de permis délivrés aux termes de la *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés* (loi fédérale), sont réputées être des habitants (voir la section 3.3 du présent rapport), mais non les touristes ou les visiteurs en Colombie-Britannique.

Les nouveaux habitants ou les personnes qui reviennent habiter en Colombie-Britannique sont admissibles après une période d'attente qui correspond normalement au reste du mois de l'arrivée plus deux autres mois. Par exemple, si une personne admissible arrive au mois de juillet, la protection entre en vigueur le 1^{er} octobre. Si

les absences du Canada au cours de la période d'attente dépassent 30 jours, l'admissibilité peut être retardée.

Tous les habitants ont droit à l'assurance-hospitalisation et à l'assurance-santé. Les habitants qui sont membres des Forces armées ou de la Gendarmerie royale du Canada, ou qui purgent une peine dans un pénitencier défini dans la *Loi sur les pénitenciers*, sont couverts par un programme fédéral d'assurance-santé.

Le régime d'assurance-santé de la Colombie-Britannique couvre, immédiatement après leur cessation d'emploi, leur libération ou leur retour d'une période d'affectation à l'étranger, les membres des Forces armées ou de la Gendarmerie royale du Canada ainsi que les détenus des pénitenciers fédéraux.

Le nombre de résidents inscrits au régime d'assurance-santé en date du 31 mars 2010 était de 4 469 177.

3.2 Autres catégories de personnes

Les titulaires d'un permis ministériel, d'un permis de séjour temporaire, d'un permis d'études ou d'un permis de travail peuvent avoir droit aux services s'ils sont réputés être des habitants au sens de la *Medicare Protection Act* et de l'article 2 du Medical and Health Care Services Regulation.

3.3 Primes

La législation habilitante pour le paiement des primes comprend :

- la *Medicare Protection Act* (Colombie-Britannique), partie 2 – Bénéficiaires, article 8
- les Medical and Health Care Services Regulations (Colombie-Britannique), partie 3 – Primes

L'inscription au régime d'assurance-santé est obligatoire et le paiement des primes est habituellement une condition d'admissibilité. Cependant, le non-paiement des primes ne compromet pas l'accès au régime si la personne satisfait aux conditions d'admissibilité de base. Les primes mensuelles étaient de 54 \$ pour une personne seule, de 96 \$ pour une famille de deux personnes et de 108 \$ pour une famille de trois personnes ou plus. Depuis le 1er janvier 2010, les primes mensuelles sont de 57 \$ pour une personne, de 102 \$ pour une famille de deux personnes et de 114 \$ pour une famille de trois personnes ou plus.

Les personnes à faible revenu peuvent avoir droit à de l'aide pour le paiement de la prime. Cette aide comporte cinq niveaux, allant de 20 à 100 % de la prime

fixée. Elle est réservée aux citoyens canadiens et aux résidents permanents (immigrants admis) qui sont des résidents du Canada depuis douze mois consécutifs ou plus en vertu de la *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés* (loi fédérale).

4.0 TRANSFÉRABILITÉ

4.1 Période d'attente minimale

Les nouveaux habitants ou les personnes qui reviennent habiter en Colombie-Britannique sont admissibles après une période d'attente qui correspond normalement au reste du mois de leur arrivée plus deux autres mois. Par exemple, si une personne admissible arrive au mois de juillet, la protection entre en vigueur le 1^{er} octobre. Si les absences du Canada au cours de la période d'attente dépassent 30 jours, l'admissibilité peut être retardée. Les nouveaux habitants en provenance d'ailleurs au Canada sont avisés de rester couverts par leur ancien régime dans l'intervalle.

4.2 Couverture durant des absences temporaires au Canada

Les articles 3, 4 et 5 du Medical and Health Care Services Regulation de la *Medicare Protection Act* prescrivent les règles de transférabilité des services assurés pour les personnes qui s'absentent temporairement de la Colombie-Britannique. En 2009-2010, il n'y a eu aucune modification des dispositions concernant la transférabilité.

Les personnes qui quittent temporairement la province pour prendre des vacances prolongées, ou occuper un emploi temporaire, peuvent demeurer admissibles aux protections du régime pendant une durée maximale de 24 mois. Une seule approbation est accordée par période de cinq ans pour les absences de plus de six mois au cours d'une année civile. Les habitants qui s'absentent de la province une partie de l'année, chaque année, doivent être effectivement présents au moins six mois au cours de l'année civile et conserver leur domicile en Colombie-Britannique. Les personnes qui demeurent en dehors de la province plus longtemps que la période autorisée devront laisser passer une période d'attente à leur retour dans la province avant d'être de nouveau couvertes. Les personnes qui étudient à temps plein dans une école agréée d'une autre province ou d'un territoire ont droit à la couverture pendant la durée de leurs études.

En vertu des ententes de facturation réciproque inter-provinciales et interterritoriales, les médecins, à

l'exception de ceux du Québec, facturent directement à leurs régimes les services offerts aux habitants admissibles de la Colombie-Britannique qui ont présenté une carte d'assurance-santé valide (CareCard). La Colombie-Britannique effectue le paiement à la province ou au territoire où les services ont été rendus conformément au taux du barème d'honoraires de la province ou du territoire. Le paiement des services hospitaliers aux malades hospitalisés est fait au taux établi pour l'hébergement en salle commune effectivement facturé par l'hôpital. Dans le cas des services hospitaliers fournis aux malades externes, les taux payés sont ceux des ententes de facturation réciproque. Le paiement, sauf dans le cas de services exclus facturés au patient, se fait par le truchement des procédures de facturation réciproque. En 2009-2010, le montant payé aux médecins pour les services fournis aux habitants dans une autre province ou un territoire a été de 29,5 millions de dollars.

Le Québec ne participe pas aux ententes de facturation réciproque des services médicaux. Les réclamations à l'égard de services assurés fournis aux bénéficiaires de la Colombie-Britannique par les médecins de cette province doivent donc être traitées individuellement. En voyage au Québec ou à l'extérieur du Canada, le bénéficiaire doit habituellement payer les soins médicaux obtenus et demander plus tard un remboursement au régime d'assurance-santé de la Colombie-Britannique.

La Colombie-Britannique paie les services assurés au taux de la province hôte, conformément aux taux établis par le Comité de coordination des ententes interprovinciales en assurance-santé.

4.3 Couverture durant des absences temporaires à l'extérieur du Canada

Les dispositions législatives habilitantes qui définissent la transférabilité de l'assurance-santé au cours des absences temporaires à l'extérieur du Canada sont contenues dans : la *Hospital Insurance Act*, article 24; le *Hospital Insurance Act Regulation*, titre 6; la *Medicare Protection Act*, article 51; le *Medical and Health Care Services Regulation*, paragraphes 3, 4 et 5. Le *Medical and Health Care Services Regulation* a été modifié par le Règlement 111/2005 de la Colombie-Britannique. Voici les points pertinents sur lesquels portent les modifications.

- Les habitants qui quittent temporairement la Colombie-Britannique pour fréquenter l'école ou l'université peuvent être admissibles à une couverture du régime d'assurance-santé pour la durée de leurs études, à condition qu'ils suivent des cours à temps plein dans un établissement

scolaire agréé et soient inscrits à un programme menant à un diplôme ou à un certificat reconnu au Canada. Généralement, les bénéficiaires qui ont étudié à l'extérieur de la Colombie-Britannique doivent revenir dans la province avant la fin du mois suivant le mois au cours duquel ils ont terminé leurs études. Tout étudiant qui ne revient pas en Colombie-Britannique dans ces délais et qui est resté à l'extérieur de la province pendant moins de 24 mois devrait communiquer avec les responsables du régime d'assurance-santé.

- Les résidents qui passent une partie de chaque année à l'extérieur de la Colombie-Britannique doivent être effectivement présents au Canada pendant au moins six mois au cours d'une année civile et continuer à conserver leur résidence en Colombie-Britannique afin de maintenir la couverture. Cependant, en raison d'une demande croissante pour des travailleurs spécialisés et mobiles embauchés dans le cadre d'affectations et de contrats à court terme, des exceptions peuvent être faites pour permettre une couverture allant jusqu'à 24 mois d'absence consécutifs pendant qu'ils se trouvent temporairement à l'extérieur de la Colombie-Britannique. L'approbation est limitée à une fois tous les cinq ans pour les absences excédant six mois au cours d'une année civile. De plus, si l'emploi d'une personne exige qu'elle voyage régulièrement à l'extérieur de la Colombie-Britannique pendant plus de six mois au cours d'une année civile, elle peut présenter une demande d'approbation pour maintenir son admissibilité.
- Les habitants de la Colombie-Britannique qui sont temporairement absents de la province et qui ne peuvent y revenir pour des raisons de santé sont réputés continuer à être des habitants de la province pendant 12 mois de plus s'ils se trouvent ailleurs au Canada ou à l'étranger. Ce changement vise aussi le conjoint et les enfants de la personne à condition qu'ils soient avec la personne et qu'ils soient aussi des habitants ou réputés être des habitants de la province.

4.4 Nécessité d'une approbation préalable

Aucune autorisation préalable n'est requise pour les interventions non urgentes couvertes aux termes des ententes de facturation réciproque interprovinciales. Une autorisation préalable de la Medical Services Commission est requise si l'intervention non urgente n'est pas couverte aux termes de ces ententes.

Les services médicaux exclus aux termes des accords interprovinciaux pour le traitement réciproque des

demandes de remboursement des frais médicaux hors province sont les suivants : la chirurgie esthétique; la chirurgie de réassignation sexuelle; la chirurgie visant à rétablir la fécondité; les avortements thérapeutiques; les examens de santé périodiques, y compris l'examen des yeux; la fécondation *in vitro* et l'insémination artificielle; l'acupuncture, l'acupression, l'électrostimulation transcutanée, la moxibustion, le biofeedback et l'hypnothérapie; les services aux personnes couvertes par d'autres organismes (p. ex. GRC, Forces canadiennes, Commission des accidents du travail, ministère des Anciens Combattants et Services correctionnels du Canada); les services demandés par un « tiers »; les conférences d'équipe; le dépistage génétique et autres investigations génétiques, y compris les sondes ADN; les actes encore au stade de l'expérimentation ou du développement; les services anesthésiques et les services d'aide chirurgicale pour tout ce qui précède.

Les services énumérés au paragraphe précédent peuvent être remboursés ou non par la province hôte. Le patient doit s'en informer auprès de la province hôte après avoir payé directement le médecin de la Colombie-Britannique. Une autorisation de la Health Authorities Division du Ministère pourrait être exigée pour certains traitements (p. ex. le traitement de l'anorexie).

Une autorisation préalable de la Commission est exigée pour tous les services non urgents fournis à l'étranger.

5.0 ACCESSIBILITÉ

5.1 Accès aux services de santé assurés

Les bénéficiaires de la Colombie-Britannique, au sens de l'article 1 de la *Medicare Protection Act*, sont admissibles à tous les services hospitaliers et médicaux nécessaires. Pour assurer un accès équitable, sans égard au revenu, les articles 17 et 18 de la *Medicare Protection Act* interdisent la surfacturation par les médecins inscrits.

Accès aux services médicaux et de chirurgie dentaire assurés

En 2009-2010, environ 2 900 omnipraticiens et spécialistes ont tiré leur revenu, en tout ou en partie, du programme relatif aux autres modes de rémunération de la Colombie-Britannique.

Ce programme finance les régies régionales de la santé pour qu'elles embauchent des médecins salariés ou concluent des contrats avec des médecins pour la prestation de services cliniques assurés.

En vertu de l'entente auxiliaire concernant la pratique en milieu rural de 2002, le Ministère a mis en œuvre plusieurs programmes, qui ont été reconduits en vertu de l'entente-cadre avec les médecins signée récemment. Cette entente vise à améliorer la disponibilité et la stabilité des services médicaux dans les petites zones urbaines et les régions rurales ou éloignées de la Colombie-Britannique.

Ces programmes sont les suivants :

- le Rural Retention Program, qui prévoit des honoraires plus élevés pour les médecins admissibles (environ 1 300) et auquel les médecins résidents, itinérants et suppléants peuvent aussi participer. Il prévoit aussi des honoraires fixes pour les médecins admissibles qui résident et pratiquent dans une collectivité rurale.
- le Northern and Isolation Travel Assistance Outreach Program, qui accorde un financement de soutien aux médecins admissibles qui se rendent dans les collectivités rurales et isolées pour offrir des services médicaux. En 2009-2010, ce programme a financé quelque 3 289 consultations de médecins de famille et de spécialistes dans les collectivités rurales.
- le Rural General Practitioner Locum Program, qui aide les omnipraticiens en région rurale à prendre des périodes de congé raisonnables en leur offrant jusqu'à 43 jours par année de remplacement payé. Ce programme a permis à des médecins de quelque 56 petites collectivités de recevoir de la formation médicale continue et de prendre des vacances.
- le Rural Specialist Locum Program, qui aide les médecins spécialistes en région rurale à prendre congé et à participer à de la formation médicale continue en leur trouvant un remplaçant payé. Ce programme a aidé les médecins des spécialités de base dans 10 collectivités rurales en leur permettant de prendre des vacances pendant que des efforts de recrutement étaient déployés.
- le Rural Education Action Plan, qui appuie les besoins en formation des médecins en milieu rural. Ce programme offre notamment des stages cliniques en milieu rural aux étudiants et du perfectionnement aux médecins praticiens.
- le Isolation Allowance Fund, qui procure un financement aux collectivités sans hôpital ayant moins de quatre médecins, qui ne reçoivent pas de paiements du Medical On-Call/Availability Program, de paiements de rappel ni de paiements du programme « Doctor of the Day ».

- le Rural Loan Forgiveness Program, qui offre aux médecins, aux infirmières, aux sages-femmes et aux pharmaciens une réduction de 20 % de leur prêt étudiant de la Colombie-Britannique par année de pratique en milieu rural.

Le Full-Service Family Practice Incentive Program a été élargi, et le ministère des Services de santé et les médecins continuent de collaborer pour concevoir des initiatives visant à soutenir et à maintenir la pratique de la médecine familiale complète. En 2009-2010, des honoraires ont été modifiés et de nouveaux ont été établis pour aider les omnipraticiens à fournir des soins de santé primaires à leurs patients. En date du 31 mars 2010, 2 599 omnipraticiens avaient facturé des frais liés aux soins complexes fournis durant l'année (Annual Complex Care Fee – 14033) à 115 086 patients, et 2 081 omnipraticiens avaient facturé des frais liés à la planification de services de santé mentale (Mental Health Planning Fee) destinés à 59 775 patients. Cinq types de frais liés aux conférences et à la planification ont été facturés pour des services fournis à 25 228 patients en établissement ou recevant des soins de courte durée ou des soins palliatifs.

Infrastructure et planification des immobilisations

La Colombie-Britannique continue de faire des investissements stratégiques dans l'infrastructure des immobilisations du secteur de la santé.

Le ministère des Services de santé investit annuellement pour renouveler et prolonger la durée de vie des établissements de santé existants, de l'équipement diagnostique et médical et des technologies de gestion de l'information dans de nombreux établissements de santé de la Colombie-Britannique. De plus, le ministère des Services de santé s'est engagé à entreprendre un grand nombre de projets d'immobilisations importants dans des hôpitaux de Victoria, de Surrey, d'Abbotsford, de Vancouver, de Prince George, de Vernon, de Kelowna et de Fort St. John, élaborés dans le cadre de partenariats public-privé.

La province construit un nouveau centre de traitement du cancer à Prince George et un nouveau centre de soins cardiaques à Kelowna. Ces projets constituent un prolongement des services de santé stratégiques et réduisent le besoin pour les patients de se rendre dans la région de Vancouver pour obtenir un traitement.

Des projets d'immobilisations importants sont maintenant supervisés par des comités de projets formés de cadres supérieurs provenant des régies de la santé et du gouvernement pour s'assurer que les projets sont définis de

façon appropriée et respectent les délais d'exécution, la portée et les coûts approuvés.

Le ministère des Services de santé élabore et tient à jour un plan d'immobilisations décennal pour veiller à ce que l'infrastructure en matière de santé soit maintenue et renouvelée dans les délais prévus pour le cycle de vie des biens.

5.2 Rémunération des médecins

Dans le cadre de négociations avec la British Columbia Medical Association (BCMA), la province a fixé la rémunération et la structure des prestations pour les médecins qui exécutent des actes médicaux dans le système public. En 2009-2010, le montant total des fonds consacrés à la rémunération des médecins était de 3,29 milliards de dollars (ces chiffres ne comprennent pas les dépenses liées aux avantages supplémentaires, aux services fournis à l'extérieur de la province et aux sages-femmes).

En 2007, tel qu'il est stipulé dans la lettre d'entente de 2006, la province et la BCMA ont mené à terme les négociations portant sur l'entente-cadre avec les médecins. Cette entente restera en vigueur jusqu'en 2012. En plus de l'entente-cadre, la Colombie-Britannique et la BCMA ont conclu cinq ententes auxiliaires sur les questions suivantes : les médecins généralistes, les médecins spécialistes, la pratique en milieu rural, les autres modes de rémunération et les avantages. Ces ententes portent sur des aspects particuliers de la pratique médicale liés à la question faisant l'objet de l'entente. Ces cinq ententes prennent fin en 2012, au même moment que la PMA.

Compte tenu de sa portée à long terme, l'entente-cadre permet d'établir une relation plus structurée qu'auparavant entre la BCMA et la province. De plus, en ayant davantage de latitude pour la prise de décisions, les régies de la santé peuvent influencer sur les soins de santé dans leur région respective. L'entente-cadre établit notamment des mécanismes qui favorisent une collaboration et une reddition de comptes accrues entre la province et la BCMA. À cet égard, un processus consolidé de résolution des conflits permet d'assurer le succès de ces mécanismes.

La Colombie-Britannique prévoit que la nouvelle structure de l'entente-cadre amènera des bénéfices additionnels, notamment : efficacité accrue découlant de l'unification de la plupart des ententes avec la BCMA en une seule entente-cadre; rationalisation de la structure et des communications du comité; mise en place d'un processus officiel de gestion des conflits qui tient compte des

questions locales et provinciales; réduction de l'abandon de services médicaux; élaboration d'un processus structuré pour les médecins qui souhaitent changer de mode de rémunération afin de se conformer davantage aux stratégies et aux priorités de la province et des régions de la santé.

Depuis le 1^{er} avril 2009, les taux de rémunération des médecins ont augmenté de 3 %. Pendant la période de validité de l'entente-cadre, la province finance aussi certaines initiatives ciblées, comme le rehaussement des programmes incitatifs pour les médecins en région rurale, l'ajout de nouvelles prestations facturables, la bonification des programmes d'avantages sociaux des médecins, l'appui à la médecine familiale complète, l'amélioration des technologies de l'information et la promotion des soins de santé en ligne.

La province et la British Columbia Dental Association (BCDA) ont négocié un protocole d'entente en 2007. Ce dernier était en vigueur jusqu'en mars 2010 et couvrait les services suivants : chirurgie dentaire, chirurgie buccale, traitements orthodontiques, médicaments par voie orale et procédés dentaires techniques. Le barème d'honoraires pour ces services a augmenté de 3 % en avril 2008. La province et la BCDA ont accepté de se rencontrer dans le cadre d'un comité mixte sur les politiques en matière de chirurgie dentaire pendant la durée de l'entente.

Les médecins sont autorisés en vertu de la *Medical Practitioners Act*. Un barème d'honoraires pour les praticiens est établi aux termes de l'article 26 de la *Medicare Protection Act*, et il y est fait référence dans la deuxième entente-cadre entre le gouvernement de la province de la Colombie-Britannique, la Medical Services Commission et la British Columbia Medical Association. Durant l'exercice 2008-2009, les dentistes étaient autorisés aux termes de la *Dentists Act*; depuis avril 2009, ils sont autorisés en vertu de la *Health Professions Act*.

Méthodes de rémunération des médecins et des dentistes

Les services médicaux fournis dans la province sont payés aux médecins sur une base individuelle, en fonction de leurs relevés d'honoraires, dans le cadre du régime d'assurance-santé, et aux régions de la santé, pour le paiement des médecins dans le cadre du programme relatif aux autres modes de rémunération. Plus de 75 % des dépenses médicales ont été affectées à la rémunération à l'acte, et 11 % à la rémunération selon d'autres modes. Les autres modes se répartissaient comme suit : 77 % sous forme de contrats, 21 % à la vacation (unités de service

de 3,5 heures) et 2 % sous forme de salaire. Le gouvernement finance les régions de la santé pour ces paiements; il ne rémunère pas directement les médecins. En ce qui concerne les services de dentisterie, le régime d'assurance-santé couvre uniquement les services dentaires et les services de chirurgie dentaire médicalement nécessaires qui sont fournis dans les hôpitaux; les autres services sont aux frais du prestataire.

5.3 Paiements aux hôpitaux

Les fonds destinés aux services hospitaliers sont compris dans l'allocation annuelle de fonds et dans les paiements versés aux régions régionales de la santé. Cette allocation de fonds doit être utilisée pour financer toute la gamme des services de santé dont a besoin la population de la région (ou des services provinciaux particuliers pour la population de la Colombie-Britannique), y compris la prestation de services hospitaliers.

Même si la portion de l'allocation de fonds destinée aux hôpitaux n'est généralement pas spécifiée, les fonds affectés à des projets prioritaires particuliers font exception à cette règle (p. ex., réduction des temps d'attente pour la chirurgie de la hanche ou du genou). Des fonds sont expressément destinés à ces initiatives, et les rapports à cet égard doivent être produits séparément.

Les allocations annuelles de fonds aux régions de la santé sont définies dans le cadre du processus du budget annuel du ministère des Services de santé après avoir consulté le ministère des Services de santé, le ministère des Finances et le Conseil du Trésor. Le montant final du financement est communiqué aux régions de la santé par une lettre de financement annuelle.

Les mécanismes de reddition de comptes pour le financement gouvernemental des hôpitaux font partie de plusieurs documents importants dans lesquels sont énoncées les attentes à l'égard des régions de la santé. Ces documents sont la lettre de financement annuelle, les plans de service annuels et les lettres sur les attentes du gouvernement. Ensemble, ils communiquent les attentes générales du Ministère à l'endroit des régions de la santé et expliquent comment le rendement par rapport à ces attentes sera contrôlé.

La *Hospital Insurance Act* et son règlement régissent les paiements effectués par le régime d'assurance-santé aux régions de la santé. La Loi établit le pouvoir du ministre de verser des paiements aux hôpitaux et indique en termes généraux quels services sont assurés lorsqu'ils sont fournis dans un hôpital.

Des modifications, décrites à la section 2.1 du présent rapport, ont été apportées au cours de 2009-2010 au Hospital Insurance Act Regulations. Une des modifications définissait une nouvelle structure de taux des quotes-parts pour l'hébergement dans les établissements de soins de longue durée.

Les services hospitaliers assurés sont financés à même l'allocation annuelle de fonds des régies de la santé, mais peuvent aussi faire l'objet d'un financement ciblé particulier de temps à autre. Un financement par reconduction est accordé aux régies de la santé à l'aide de la formule de financement fondée sur les besoins de la population du ministère des Services de santé et d'autres méthodes d'allocation de fonds (p. ex. afin de tenir compte des allocations de fonds ciblées destinées à des régies de la santé précises).

En 2009-2010, une gamme complète de soins de santé (soins de courte durée, soins en établissement, soins en milieu communautaire, santé publique, prévention, santé mentale chez les adultes, programmes de toxicomanie, etc.) ont été offerts.

L'allocation annuelle de fonds aux régies de la santé n'inclut pas les fonds destinés aux programmes qui relèvent directement du ministère des Services de santé, comme la rémunération des médecins et le paiement des médicaments d'ordonnance couverts par l'assurance-médicaments.

6.0 RECONNAISSANCE ACCORDÉE AUX TRANSFERTS FÉDÉRAUX

Le financement reçu du gouvernement fédéral au titre du Transfert canadien en matière de santé est reconnu et mentionné par le gouvernement de la Colombie-Britannique sur divers sites Web et dans divers documents du gouvernement provincial.

Pour l'exercice 2009-2010, ces documents sont les suivants :

- le deuxième rapport trimestriel de 2009-2010, disponible à http://www.fin.gov.bc.ca/qrt-rpt/qr09/Q2_09.pdf (en anglais seulement);
- le budget des dépenses pour l'exercice prenant fin le 31 mars 2010, disponible à http://www.bcbudget.gov.bc.ca/2010/estimates/2010_Estimates.pdf (en anglais seulement);
- le budget et plan financier de 2009-2010, disponible à http://www.bcbudget.gov.bc.ca/2010/bfp/2010_Budget_Fiscal_Plan.pdf (en anglais seulement);
- les comptes publics de 2009-2010, disponibles à http://www.fin.gov.bc.ca/OCG/pa/09_10/Pa09_10.htm (en anglais seulement).

PERSONNES INSCRITES					
	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
1. Nombre en date du 31 mars (#).	4 216 199	4 279 734	4 335 676	4 402 540	4 469 177

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE					
Établissements publics	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
2. Nombre (#).	137	139	139	139	140 ¹
3. Paiement des services de santé assurés (\$). ²	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Établissements privés à but lucratif	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
4. Nombre d'établissements privés à but lucratif offrant des services de santé assurés (#).	19	22	n.d.	n.d.	n.d.
5. Paiements aux établissements privés à but lucratif pour des services de santé assurés (\$).	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS AUX RÉSIDENTS DANS UNE AUTRE PROVINCE OU UN AUTRE TERRITOIRE					
	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
6. Nombre total de demandes – malades hospitalisés (#).	6 517	7 172	7 160	7 102	6 846
7. Total des paiements – malades hospitalisés (\$).	49 899 859	65 678 542	55 309 733	64 550 692	64 655 739
8. Nombre total de demandes – malades externes (#).	77 537	81 878	95 677	95 326	87 948
9. Total des paiements – malades externes (\$).	14 089 042	17 937 647	19 088 368	24 262 195	24 188 890

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA					
	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
10. Nombre total de demandes – malades hospitalisés (#).	2 345	1 858	1 603	1 963	3 056
11. Total des paiements – malades hospitalisés (\$).	4 248 649	3 452 739	14 486 341	11 811 654	6 058 867
12. Nombre total de demandes – malades externes (#).	1 247	960	1 215	1 630	1 920
13. Total des paiements – malades externes (\$).	770 215	453 698	553 661	967 704	1 174 112

Renseignements généraux pour les points 1 et 2 : Les données historiques et actuelles diffèrent parfois d'un rapport à l'autre parce que les sources de données, les définitions et les méthodes peuvent avoir changé d'année en année. Le nombre d'établissements dans le tableau ne concorde pas nécessairement avec les nombres provenant de la Base de données sur les congés des patients, du SIG ou de la *Societies Act*, chaque système de rapport ayant sa propre méthode pour compter les établissements ayant des installations à plus d'un endroit et pour les classer par fonction.

1. Le nombre d'établissements publics dans le tableau exclut les hôpitaux psychiatriques.

2. Les paiements aux régies de la santé de la part du ministère des Services de santé de la Colombie-Britannique pour la prestation d'un éventail complet de services fournis à l'échelle régionale ont été les suivants : 4,59 milliards de dollars en 1999-2000, 5,2 milliards de dollars en 2000-2001, 5,62 milliards de dollars en 2001-2002, 6,06 milliards de dollars en 2002-2003, 6,21 milliards de dollars en 2003-2004, 6,25 milliards de dollars en 2004-2005, 6,62 milliards de dollars en 2005-2006, 7,1 milliards de dollars en 2006-2007, 7,64 milliards de dollars en 2007-2008, 8,2 milliards de dollars en 2008-2009 et 8,6 milliards de dollars en 2009-2010.

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE

	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
14. Nombre de médecins participants (#).	8 454 ³	8 626 ³	8 772 ³	8 986 ³	9 201 ³
15. Nombre de médecins ayant opté pour le retrait du régime d'assurance-santé (#).	6	5	5	5	5
16. Nombre de médecins non participants (#).	1	1	2	2	2
17. Paiements totaux des services médicaux rémunérés pour <u>l'ensemble des méthodes de paiement</u> (\$).	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
18. Total des paiements pour services médicaux rémunérés à l'acte (\$).	2 032 708 002	2 134 722 094	2 232 042 643 ⁴	2 329 852 615 ⁴	2 451 652 704 ⁴

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

	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
19. Nombre de services (#).	674 829	869 076	724 889	735 811	620 882
20. Total des paiements (\$).	25 801 010	27 402 618	26 463 867	28 702 280	29 500 177

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA

21. Nombre de services (#).	76 146	80 810	84 196	82 065	40 819
22. Total des paiements (\$).	3 471 693	3 739 839	4 379 167	4 366 676	2 198 107

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

	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
23. Nombre de dentistes participants (#).	238	234	245	249	243
24. Nombre de services fournis (#).	41 965	44 015	43 262	46 736	50 341
25. Total des paiements (\$).	5 833 105	6 087 395	6 305 343	7 289 302	8 093 266

3. Le nombre de médecins participants au point 14 concerne les médecins ayant reçu des paiements par la facturation à l'acte.

4. Les paiements versés par la facturation à l'acte dans le cadre du régime d'assurance-santé pour 2007-2008, 2008-2009 et 2009-2010 qui sont énumérés au point 18 comprennent toutes les augmentations de frais rétroactives versées jusqu'au 30 septembre 2010 inclusivement.



YUKON

INTRODUCTION

Les régimes d'assurance-santé administrés du gouvernement du Yukon comprennent le Régime d'assurance-santé du Yukon (RASY) et le Régime d'assurance-hospitalisation du Yukon (RAHY). Le RASY est administré par un directeur nommé par le membre du conseil exécutif (ministre), et le RAHY, par un administrateur, nommé par le commissaire en conseil exécutif (commissaire 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 santé auditive ». Toute mention du « régime » dans le présent texte concerne soit le RASY ou le RAHY.

L'objectif du système de soins de santé du Yukon est d'assurer l'accessibilité et la transférabilité des services médicaux et hospitaliers assurés, conformément aux dispositions de la *Loi sur l'assurance-santé* et de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation*. Le ministre de la Santé et des Affaires sociales est responsable de la prestation de tous les services de santé assurés, dont l'administration est centralisée à ce ministère.

Les autres services assurés offerts aux résidents admissibles du Yukon sont le programme sur les déplacements pour soins médicaux, le programme de prestations versées aux malades chroniques et aux personnes handicapées, les programmes d'assurance-médicaments et d'assurance-santé complémentaires et le programme d'assurance-médicaments et de soins de la vue pour les enfants. Les programmes de services de santé non assurés sont les services de soins continus, de soins infirmiers communautaires, de santé communautaire et de santé mentale.

Les initiatives de soins de santé du Yukon sont axées notamment sur l'accessibilité 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 les autres modes de rémunération et de prestation de services. Citons en particulier :

- les initiatives de soins primaires en cours, qui permettront d'élargir et de renforcer la prestation des services ainsi que de moderniser et d'améliorer les fonctionnalités du système.

Ces initiatives sont les suivantes :

- la collaboration se poursuit avec l'Association médicale du Yukon afin de trouver des solutions pour les résidents du Yukon qui sont sans médecin de famille;
- le Yukon a recruté un plus grand éventail de spécialistes itinérants qui fourniront des services à la clinique des spécialistes itinérants;
- le projet Diabetes Collaborative, qui aide les médecins à mieux soigner les personnes diabétiques, entame une nouvelle phase et sera élargi à d'autres maladies chroniques (comme l'insuffisance cardiaque congestive, la maladie pulmonaire obstructive chronique, l'hypertension et les maladies du rein), ainsi que le traitement du diabète à Whitehorse et dans les régions avoisinantes.

Les principaux obstacles au progrès de la prestation des services de santé assurés au Yukon sont notamment :

- le manque de mise en rapport et de coordination efficace des services actuels et des fournisseurs de service;
- les problèmes de recrutement et de maintien en poste de professionnels de la santé qualifiés;
- l'augmentation des coûts connexes à la prestation de services;
- l'augmentation des coûts associés aux changements démographiques;
- l'acquisition et l'entretien de nouveaux appareils de diagnostic et de traitement de haute technologie.

1.0 GESTION PUBLIQUE

1.1 Régime d'assurance-santé et autorité publique

Le paragraphe 3(2) et l'article 4 de la *Loi sur l'assurance-santé* renferment les dispositions concernant la gestion du Régime d'assurance-santé du Yukon par une autorité publique. Ils n'ont pas été modifiés en 2009-2010.



Le paragraphe 3(1) et l'article 5 de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation* renferment les dispositions concernant la gestion du Régime d'assurance-hospitalisation par une autorité publique. Ils n'ont pas été modifiés en 2009-2010.

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 santé auditive 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 d'en fixer les montants;
- de fixer les montants payables pour les services de santé assurés obtenus à l'extérieur du Yukon;
- de créer des comités consultatifs et de nommer des personnes chargées de donner des avis et d'aider au fonctionnement du régime;
- d'intenter des actions et de négocier des règlements à l'amiable dans l'exercice du droit du gouvernement du Yukon d'être subrogé dans les droits des assurés au titre de la 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 Loi et les formes sous lesquelles ils doivent être fournis;
- de nommer des inspecteurs et des vérificateurs pour examiner les dossiers médicaux, les rapports et les comptes et en tirer des renseignements;
- de s'acquitter des autres fonctions que lui confie le ministre en application de la Loi.

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 santé auditive sont :

- de mettre en œuvre et d'administrer le régime d'assurance-hospitalisation;
- 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 fournis 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, portant sur la prestation de services assurés à des bénéficiaires;
- d'agréer des hôpitaux pour l'application de la Loi;
- d'effectuer des enquêtes, de mener des études et d'obtenir des statistiques à ces fins;
- de nommer des inspecteurs et des vérificateurs pour examiner les livres, les rapports et les comptes des hôpitaux et en tirer des renseignements;
- de prévoir les formulaires et les livres nécessaires à la mise en œuvre de la Loi;
- d'accomplir toute autre fonction et de s'acquitter de toute autre tâche que la réglementation peut lui attribuer.

1.2 Liens hiérarchiques

Le ministère de la Santé et des Affaires sociales est responsable devant l'Assemblée législative et le gouvernement du Yukon par l'intermédiaire du ministre.

L'article 6 de la *Loi sur l'assurance-santé* et l'article 7 de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation* exigent que le directeur des services de santé assurés et de santé auditive présente au ministre un rapport annuel sur l'administration des deux régimes d'assurance-santé. L'état des recettes et dépenses est déposé à l'Assemblée législative, où il doit faire l'objet de discussions.

1.3 Vérification des comptes

Le Régime d'assurance-santé et le Régime d'assurance-hospitalisation sont assujettis à la vérification par le Bureau du vérificateur général du Canada. Le vérificateur général du Canada agit à titre de vérificateur du gouvernement du Yukon, conformément à l'article 30 de la *Loi sur le Yukon* (Canada). Il doit vérifier annuellement les transactions et les états financiers consolidés du gouvernement du Yukon. Il doit de plus signaler à l'Assemblée législative du Yukon tout point traité dans le cadre de la vérification qui, selon lui, doit être communiqué à l'Assemblée.

La dernière vérification concernant l'exercice se terminant le 31 mars 2010.

En ce qui a trait à la Régie des hôpitaux du Yukon, le paragraphe 13(2) de la *Loi sur les hôpitaux* exige que

chaque hôpital remet un rapport de ses activités pour l'exercice précédent. Ce rapport doit notamment comporter les états financiers de la Régie et le rapport du vérificateur. Il doit être présenté au ministère de la Santé et des Affaires sociales dans les six premiers mois de chaque exercice.

2.0 INTÉGRALITÉ

2.1 Services hospitaliers assurés

Les articles 3, 4, 5 et 9 de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation* confèrent le pouvoir de fournir des services hospitaliers assurés aux résidents assurés. La Yukon Hospital Insurance Services Ordinance, adoptée en 1960, est entrée en vigueur le 9 avril de la même année. Aucune modification n'a été apportée à ces dispositions en 2009-2010.

En 2009-2010, 15 établissements situés sur l'ensemble du territoire ont fourni des services hospitaliers assurés à des malades hospitalisés et à des malades externes. Ces établissements comprennent un hôpital général, un hôpital et 13 centres de santé.

Adoptée le 7 décembre 1989, la *Loi sur les hôpitaux* confère à la législature et au gouvernement la responsabilité de veiller à ce que « soient respectées les méthodes rationnelles d'exploitation et les normes appropriées applicables aux installations et aux soins ». Adopté le 11 novembre 1994, le Règlement sur les normes applicables aux hôpitaux définit les conditions de fonctionnement de tous les hôpitaux du territoire. Le paragraphe 4(1) prévoit la nomination par le ministre d'une ou de plusieurs personnes pour enquêter et faire rapport sur la gestion et l'administration d'un hôpital. Le paragraphe 4(2) exige que le conseil d'administration de l'hôpital établisse et maintienne un programme d'assurance de la qualité. La Régie des hôpitaux du Yukon a obtenu un agrément de trois ans du Conseil canadien d'agrément des services de santé. Les inspecteurs ont effectué l'examen de l'agrément en vue du renouvellement en mai 2010.

Depuis avril 1997, c'est le gouvernement du Yukon, plutôt que le gouvernement fédéral, qui assume la responsabilité des centres de santé. Ces établissements, dont l'hôpital pavillon de Watson Lake, fonctionnent en respectant les champs d'activités du personnel infirmier – en santé communautaire, dans les postes de soins infirmiers et dans les centres de soins de santé – adoptés par la Direction générale des services médicaux, ainsi que le champ d'activités

des infirmières en santé communautaire. Le champ d'activités des infirmières de chevet a été défini et mis en œuvre en février 2002.

Aux termes des alinéas 2e) et 2f) du Règlement sur l'assurance-hospitalisation, les services fournis dans un hôpital agréé sont assurés. La définition de « services assurés aux patients hospitalisés » qui figure à l'alinéa 2e) comprend tous les services suivants fournis aux malades hospitalisés : l'hébergement et les repas en salle commune ou au niveau de service normal; les services infirmiers essentiels; les examens de laboratoire, radiographies et épreuves diagnostics 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; les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes indiqués à l'annexe B du Règlement, lorsqu'ils sont administrés à l'hôpital; l'usage de la salle d'opération, de la salle d'accouchement et des installations d'anesthésie, y compris du matériel et des fournitures connexes; les fournitures chirurgicales courantes; l'usage des installations de radiothérapie, lorsqu'elles sont disponibles; l'usage des installations de physiothérapie, lorsqu'elles sont disponibles; les services rendus par des personnes touchant une rémunération de l'hôpital pour ce faire.

La définition de « services assurés aux malades externes » à l'alinéa 2f) du même Règlement inclut les services fournis aux malades externes pour le diagnostic ou le traitement d'urgence dans les 24 heures suivant un accident (laquelle période peut être prolongée par l'administrateur lorsque le service n'a pu être obtenu dans les 24 heures suivant l'accident), à savoir : les services infirmiers essentiels; les examens de laboratoire, radiographies et autres épreuves diagnostiques ainsi que l'interprétation de leurs résultats dans le but de faciliter le diagnostic et de soigner un traumatisme; les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes indiqués à l'annexe B du Règlement, lorsqu'ils sont administrés à l'hôpital; l'usage de la salle d'opération et des installations d'anesthésie, y compris du matériel et des fournitures connexes; les fournitures chirurgicales habituelles; les services rendus par des personnes touchant une rémunération de l'hôpital pour ce faire; l'usage des installations de radiothérapie, lorsqu'elles sont disponibles; l'usage des installations de physiothérapie, lorsqu'elles sont disponibles.

Conformément au Règlement sur l'assurance-hospitalisation, tous les services offerts dans un hôpital agréé aux patients hospitalisés et aux

malades externes par les employés de l'établissement sont des services assurés. Les soins infirmiers, les produits pharmaceutiques, les fournitures et les services de diagnostic et de chirurgie courants sont offerts. Tout nouveau programme ou toute amélioration ayant d'importantes répercussions financières, de même que les réductions de services ou de programmes doivent être approuvées par le ministre de la Santé et des Affaires sociales. Ce processus est géré par le directeur des services de santé assurés et de santé auditive. Pour les questions concernant les changements de niveau de service, des membres du conseil d'administration de l'hôpital représentent le public.

Des fonds supplémentaires ont été accordés au Yukon pour qu'il puisse offrir d'autres options de traitement aux patients qui ont besoin d'une intervention chirurgicale orthopédique (genou et hanche) ou ophtalmologique.

Grâce à ces mesures, le Yukon aura moins besoin de compter sur les services hors territoire.

2.2 Services médicaux assurés

Les articles 1 à 8 de la *Loi sur l'assurance-santé* et les articles 2, 3, 7, 10 et 13 du Règlement sur le Régime d'assurance-santé du Yukon prévoient la prestation de services médicaux assurés. Aucune modification n'a été apportée à ces articles en 2009-2010.

Le Régime d'assurance-santé du Yukon couvre les services médicalement nécessaires fournis par des médecins. Pour y participer, le médecin doit satisfaire aux exigences suivantes :

- s'inscrire au registre médical pour obtenir une licence conformément à la *Loi sur la profession médicale*;
- conserver sa licence, conformément à la *Loi sur la profession médicale*.

Le nombre de médecins résidents qui participaient au Régime d'assurance-santé du Yukon en 2009-2010 était de 69.

Aux termes du paragraphe 7(5) du Règlement sur le Régime d'assurance-santé du Yukon, les médecins du Yukon peuvent choisir de facturer les services assurés aux patients s'ils font part de ce choix par écrit. En 2009-2010, aucun médecin n'a remis d'avis écrit concernant son choix de percevoir des honoraires sans passer par le Régime d'assurance-santé du Yukon.

Les services médicaux assurés au Yukon sont les services médicalement nécessaires rendus par un médecin.

Un comité administre le processus d'ajout au barème des honoraires du Yukon (Payment Schedule for Yukon). Selon ce processus, les médecins doivent présenter une demande par écrit au comité de liaison de l'Association médicale du Yukon et du Régime d'assurance-santé du Yukon.

Le comité examine la demande, puis une décision est prise quant à l'ajout ou non du service. En général, les coûts ou les honoraires connexes sont établis d'après ceux des autres administrations et, lorsqu'ils sont fixés, tous les médecins du Yukon en sont informés. Une consultation publique n'est pas requise.

De nouveaux honoraires peuvent également être négociés entre l'Association médicale du Yukon et le ministère de la Santé et des Affaires sociales. Le directeur des services de santé assurés et de santé auditive gère ce processus, qui ne prévoit aucune consultation publique.

Aucun service médical assuré n'a été ajouté en 2009-2010.

2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

Les dentistes qui fournissent des services de chirurgie dentaire assurés par le régime d'assurance-santé du Yukon doivent être titulaires d'une licence délivrée en vertu de la *Loi sur les professions dentaires*. Ils reçoivent un numéro de facturation au régime d'assurance-santé du Yukon pour la prestation de services dentaires assurés. Les services fournis à l'extérieur du territoire sont également facturés directement au régime.

Les services dentaires assurés se limitent aux actes de chirurgie dentaire inscrits à l'annexe B du Règlement et qui ne peuvent être exécutés que dans un hôpital en raison des ressources particulières qu'ils exigent (p. ex. correction chirurgicale du prognathisme ou de la micrognathie).

Un décret modifiant l'annexe B du Règlement concernant les services d'assurance-santé est requis pour qu'un service soit ajouté à la liste des services dentaires assurés ou en soit retiré. Les décisions à cet égard sont fonction de la nécessité de fournir le service dans un hôpital et d'utiliser l'anesthésie générale. Le directeur des services de santé assurés et de santé auditive gère ce processus.

Aucun service de chirurgie dentaire assuré n'a été ajouté en 2009-2010.

2.4 Services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

Seuls les services prescrits et fournis conformément à la *Loi sur l'assurance-santé* et à son règlement ainsi qu'à la *Loi sur l'assurance-hospitalisation* et à son règlement sont assurés. Aucun autre service n'est couvert.

Les services hospitaliers non assurés comprennent : l'hospitalisation des non-résidents; les services infirmiers spéciaux ou privés retenus par le patient ou la famille du patient; le supplément pour une chambre privée ou semi-privée, lorsque celle-ci n'est pas médicalement nécessaire; les béquilles et autres dispositifs semblables; les coûts d'une maison de soins infirmiers; les téléviseurs; les téléphones; les médicaments et les produits biologiques requis par un malade après son congé de l'hôpital. (Ces services ne sont pas fournis par l'hôpital.)

Les services médicaux non assurés comprennent : 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-colégiaux, 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 dentaires non assurés comprennent les actes réputés restaurateurs ainsi que les actes qui ne sont pas exécutés dans un hôpital et ne nécessitant pas une anesthésie générale.

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 retarde ou 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 Yukon n'a aucun processus officiel de surveillance de la conformité; toutefois, les commentaires des médecins, des administrateurs d'hôpitaux, des professionnels de la santé et du personnel permettent au directeur des services de santé assurés et de santé auditive d'exercer une surveillance en cas de préoccupations relatives à l'utilisation ou aux services.

Les médecins du Yukon peuvent facturer directement aux patients les services de santé non assurés. Des honoraires forfaitaires ne sont pas actuellement demandés, mais certains médecins facturent en fonction du service. Les services facturables comprennent entre autres la consignation de renseignements dans les formulaires de demande d'emploi et la préparation de rapports médicaux juridiques, le transfert de dossiers, les examens réclamés par des tiers, certains services non urgents ainsi que les prescriptions, les consultations et les conseils donnés au téléphone. Le paiement n'a aucune incidence sur l'accès des patients aux services puisque les cliniques et les médecins ne facturent pas tous ces services et que d'autres agences ou les employeurs peuvent couvrir ces coûts.

Le processus utilisé pour désassurer un service couvert par le régime d'assurance-santé du Yukon est le suivant :

- **Services médicaux** — Le comité de liaison de l'Association médicale du Yukon et du Régime d'assurance-santé du Yukon examine les modifications à apporter au barème des honoraires du Yukon, dont celles qui découlent de la décision de retirer un service. Cette décision est prise en collaboration avec le conseiller médical du Yukon et est basée sur l'existence de preuves médicales que le service n'est pas médicalement nécessaire, qu'il est inefficace ou qu'il pourrait présenter un risque pour la santé des patients. Une fois la décision prise de désassurer un service, tous les médecins en sont avisés par écrit. Le directeur des services de santé assurés et de santé auditive gère ce processus. Aucun service n'a été retiré du barème des honoraires du Yukon en 2009-2010.
- **Services hospitaliers** — Les alinéas 2e) et 2f) du Règlement sur l'assurance-hospitalisation du Yukon doivent être modifiés par décret. En date du 31 mars 2010, aucun service hospitalier aux malades hospitalisés ou externes prévu au Règlement n'avait été désassuré. Le directeur des services de santé assurés et de santé auditive gère le processus en collaboration avec la Régie des hôpitaux du Yukon.
- **Services de chirurgie dentaire** — L'annexe B du Règlement sur l'assurance-santé doit être modifiée par décret. Un service peut être désassuré s'il n'est plus jugé médicalement nécessaire ou si l'intervention n'a plus à être pratiquée sous anesthésie générale dans un hôpital. Le directeur des services de santé assurés et de santé auditive gère ce processus. Aucun service de chirurgie dentaire n'a été désassuré en 2009-2010.

3.0 UNIVERSALITÉ

3.1 Admissibilité

Les dispositions concernant l'admissibilité aux services de santé assurés sont énoncées à l'article 2 de la *Loi sur l'assurance-santé*, et à l'article 4 de son Règlement, ainsi qu'à l'article 2 de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation* et à l'article 4 de son Règlement. Aucun changement n'a été apporté à ces articles en 2009-2010. Sous réserve des dispositions de ces lois et règlements, tous les résidents du Yukon sont admissibles aux services de santé assurés selon des modalités uniformes. La définition de « résident », soit « personne légalement autorisée à être ou à rester au Canada, qui est domiciliée et qui réside habituellement au Yukon, à l'exception d'une personne faisant du tourisme, de passage ou en visite au Yukon », correspond à celle d'« habitant » de la *Loi canadienne sur la santé*. S'il y a lieu, l'admissibilité de toutes les personnes est gérée conformément à l'Accord inter-provincial sur l'admissibilité et la transférabilité.

Aux termes du paragraphe 4(1) des deux règlements [traduction] « un assuré est admissible aux services assurés et y a droit après minuit, le dernier jour du second mois suivant son arrivée au Yukon ».

En vertu des changements concernant l'admissibilité qui ont été apportés en 2004-2005, toutes les personnes qui retournent au Yukon ou y établissent leur résidence sont assujetties à la période d'attente, à l'exception des enfants adoptés par des assurés.

Les personnes suivantes ne sont pas admissibles à la couverture du régime au Yukon :

- les personnes qui ont droit à des prestations dans leur province ou territoire d'origine (p. ex. les étudiants et les travailleurs couverts en vertu des dispositions concernant les absences temporaires);
- les personnes en visite au Yukon;
- les demandeurs du statut de réfugié;
- les membres des Forces canadiennes;
- les réfugiés au sens de la Convention;
- les membres de la Gendarmerie royale du Canada (GRC);
- les détenus des pénitenciers fédéraux;
- les détenteurs de permis d'étude, sauf s'il s'agit d'un enfant qui est à la charge d'une personne possédant un permis de travail d'un an;
- les personnes ayant un permis de travail valide pour moins d'un an.

Ces personnes peuvent devenir admissibles dans l'une ou l'autre des situations suivantes :

- elles fournissent une preuve de résidence au Yukon;
- elles obtiennent le statut de résident permanent;
- le lendemain du jour où elles obtiennent leur congé ou leur libération si elles sont en poste au Yukon ou y résident.

En date du 31 mars 2010, 35 084 personnes étaient inscrites au Régime d'assurance-santé du Yukon.

3.2 Autres catégories de personnes

Le régime d'assurance-santé du Yukon prévoit la couverture d'autres catégories de personnes, comme suit :

- Canadiens de retour au pays – une période d'attente s'applique;
- résidents permanents – une période d'attente s'applique;
- détenteurs de permis ministériel – une période d'attente s'applique lorsque l'autorisation est donnée;
- travailleurs étrangers – une période d'attente s'applique, à condition de détenir une autorisation d'emploi;
- membres du clergé – une période d'attente s'applique, à condition de détenir une autorisation d'emploi.

Les autorisations d'emploi doivent être valables pour une période de plus de 12 mois.

En 2009-2010, les nombres estimatifs de nouveaux assurés au Yukon dans les catégories ci-dessous étaient les suivants :

- Canadiens de retour au pays — 147
- résidents permanents — 1 038
- détenteurs de permis ministériel — 0
- réfugiés au sens de la Convention — 0
- membres des Forces armées — 6
- membres de la GRC — 17

En 2009-2010, les nombres estimatifs de nouveaux assurés au Yukon dans les catégories ci-dessous étaient les suivants :

- travailleurs étrangers — 305
- membres du clergé — 0

4.0 TRANSFÉRABILITÉ

4.1 Période d'attente minimale

Selon les paragraphes 4(1) du Règlement sur le Régime d'assurance-santé du Yukon et du Règlement sur l'assurance-hospitalisation du Yukon, « un assuré est admissible aux services assurés et y a droit après minuit, le dernier jour du second mois suivant son arrivée au Yukon ». Toutes les personnes admissibles sont assujetties à la période d'attente minimum, à l'exception des enfants adoptés à l'étranger par des assurés (voir la section 3.1).

4.2 Couverture durant des absences temporaires au Canada

Les articles 5, 6, 7 et 10 du Règlement sur le Régime d'assurance-santé du Yukon ainsi que l'article 6, les paragraphes 7(1) et 7(2) et l'article 9 du Règlement sur l'assurance-hospitalisation du Yukon renferment les dispositions concernant la transférabilité de l'assurance-santé durant une absence temporaire au Canada.

Ces deux règlements stipulent que l'assuré qui quitte le Yukon, mais a l'intention d'y revenir a droit aux services assurés pour une période de 12 mois d'absence continue. Les personnes qui quittent le Yukon pour plus de trois mois doivent communiquer avec le régime d'assurance-santé du Yukon et 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 Yukon demeurent admissibles à l'assurance-santé pendant la durée de leurs études. Le directeur des services de santé assurés et de santé auditive peut autoriser d'autres absences de plus de 12 mois consécutifs sur présentation d'une demande écrite de l'assuré. Les demandes de prolongation doivent être renouvelées chaque année et recevoir l'approbation du directeur.

En ce qui concerne les travailleurs temporaires et les missionnaires, le directeur des services de santé assurés et de santé auditive peut autoriser des absences de plus de 12 mois consécutifs sur présentation d'une demande écrite par l'assuré. Les demandes de prolongation doivent être renouvelées chaque année et recevoir l'approbation du directeur.

Les dispositions concernant la couverture durant des absences temporaires au Canada sont strictement conformes aux modalités de l'Accord interprovincial sur l'admissibilité et la transférabilité, en vigueur depuis le 1^{er} février 2001. Les définitions dans les règlements, les politiques et les procédures sont uniformisées.

Aucune modification n'a été apportée aux dispositions législatives ci-dessus en 2009-2010.

Le Yukon adhère complètement aux ententes inter-provinciales et interterritoriales sur la facturation réciproque des services médicaux et hospitaliers, conclues avec les provinces et les autres territoires, à l'exception du Québec, qui ne participe pas aux ententes de facturation réciproque des services médicaux. Les personnes qui reçoivent des services médicaux (d'un médecin) au Québec peuvent devoir payer directement les honoraires et présenter une demande de remboursement au Régime d'assurance-santé du Yukon.

Les ententes de facturation réciproque des services hospitaliers prévoient le paiement des services hospitaliers aux malades hospitalisés ou externes fournis ailleurs au Canada à des résidents admissibles du Yukon.

Les ententes de facturation réciproque des services médicaux prévoient le paiement des services médicaux assurés fournis ailleurs au Canada aux résidents admissibles. Le paiement est versé à la province ou au territoire qui a fourni le service, aux taux établis par cette administration.

Les services assurés fournis aux résidents du Yukon pendant une absence temporaire du territoire sont payés aux taux fixés par la province d'accueil.

4.3 Couverture durant des absences temporaires à l'extérieur du Canada

Les articles 5, 6, 7, 9, 10 et 11 du Règlement sur le Régime d'assurance-santé du Yukon ainsi que l'article 6, les paragraphes 7(1) et 7(2) et l'article 9 du Règlement sur l'assurance-hospitalisation du Yukon renferment les dispositions concernant la transférabilité de l'assurance-santé pendant des absences temporaires à l'étranger.

Aucune modification n'a été apportée à ces articles en 2009-2010. En vertu des articles 5 et 6, l'assuré qui quitte le Yukon, mais a l'intention d'y revenir a droit aux services assurés pour une période de 12 mois d'absence continue.

Les personnes qui quittent le Yukon pour une période de plus de trois mois doivent communiquer avec le Régime d'assurance-santé du Yukon et remplir un formulaire « d'absence temporaire », sinon leur couverture pourrait être annulée.

Les dispositions concernant la transférabilité de l'assurance-santé durant des absences à l'étranger d'étudiants, de travailleurs temporaires et de

missionnaires sont les mêmes que celles qui sont en vigueur pour les absences au Canada (voir la section 4.2).

Les services médicaux assurés fournis à l'étranger aux résidents admissibles du Yukon durant une absence temporaire à l'étranger sont remboursés aux taux prévus pour ces services lorsqu'ils sont fournis au Yukon. Le Régime d'assurance-santé verse le paiement à l'assuré ou directement au fournisseur du service assuré.

Les services hospitaliers aux malades hospitalisés fournis à l'étranger aux résidents admissibles du Yukon sont payés aux taux établis pour l'Hôpital général de Whitehorse dans le Règlement sur le taux normalisé pour un traitement en clinique.

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.

4.4 Nécessité d'une approbation préalable

Aucune disposition législative n'oblige les résidents admissibles à obtenir une autorisation avant de recevoir des services médicaux ou hospitaliers d'urgence ou facultatifs 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 pas de frais modérateurs ni de coassurance. Tous les services sont offerts selon des modalités uniformes sans obstacle financier ou autre obstacle à l'accès.

L'accès aux services hospitaliers ou médicaux qui ne sont pas offerts localement est fourni dans le cadre du programme de spécialistes itinérants, du programme de télésanté ou du programme sur les déplacements pour soins médicaux. Ces programmes font en sorte que les services médicalement nécessaires sont reçus immédiatement ou dans un très court délai.

Aucun service assuré au titre du Régime d'assurance-santé du Yukon ne fait l'objet d'une surfacturation.

5.2 Rémunération des médecins

Le ministère de la Santé et des Affaires sociales obtient son mandat de négocier du gouvernement du Yukon avant de négocier avec l'Association médicale du Yukon (AMY). Les deux parties nomment des représentants pour former l'équipe de négociation. Des réunions ont lieu jusqu'à ce que les parties arrivent à un accord. L'équipe de négociation de l'AMY demande alors aux membres de l'Association d'approuver le projet d'entente. Pour sa part, le ministère 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.

Le protocole d'entente en vigueur pour la présente période de rapport a pris effet le 1er avril 2008 et se terminera le 31 mars 2012. Il fixe les modalités de rémunération des médecins.

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 en 2009-2010 aux articles de ces textes législatifs qui portent sur cette question.

La majeure partie des services médicaux et de chirurgie dentaire assurés fournis aux résidents sont remboursés selon le mode de la rémunération à l'acte. En 2009-2010, un médecin résident à temps plein en milieu rural et quatre spécialistes résidents étaient rémunérés sur une base contractuelle.

5.3 Paiements aux hôpitaux

Le gouvernement du Yukon finance la Régie des hôpitaux du Yukon (Hôpital général de Whitehorse) dans le cadre 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 de l'utilisation fondées sur les années antérieures. En plus des crédits établis de fonctionnement et d'entretien et d'immobilisations prévus dans l'accord, les hôpitaux peuvent présenter des demandes de financement supplémentaire pour mettre en œuvre des programmes nouveaux ou améliorés.

Seul l'Hôpital général de Whitehorse reçoit directement des fonds dans le cadre d'un accord de contribution. L'hôpital pavillon de Watson Lake et tous les centres de santé sont financés dans le cadre du processus budgétaire 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. Ces textes établissent le cadre qui régit le versement de paiements à l'égard des services assurés fournis par ces hôpitaux aux assurés. Aucune modification n'a été apportée en 2009-2010 aux articles de ces textes législatifs qui portent sur cette question.

6.0 RECONNAISSANCE ACCORDÉE AUX TRANSFERTS FÉDÉRAUX

Le gouvernement du Yukon a fait état des contributions fédérales versées dans le cadre du Transfert canadien en matière de santé dans ses publications annuelles des Comptes publics et du Budget principal des dépenses de 2009-2010, accessibles au public. Les alinéas 3(1)d) et e) de la *Loi sur l'assurance-santé* et l'article 3 de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation* reconnaissent la contribution du gouvernement du Canada.

PERSONNES INSCRITES					
	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
1. Nombre en date du 31 mars (#).	32 226	33 103	33 423	33 983	35 084

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE					
Établissements publics ¹	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
2. Nombre (#).	15	15	15	15	15
3. Paiement des services de santé assurés (\$).	33 729 869	44 049 050	44 573 638	49 051 490	51 734 000
Établissements privés à but lucratif	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
4. Nombre d'établissements privés à but lucratif offrant des services de santé assurés (#).	0	0	0	0	0
5. Paiements aux établissements privés à but lucratif pour des services de santé assurés (\$).	0	0	0	0	0

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS AUX RÉSIDENTS DANS UNE AUTRE PROVINCE OU UN AUTRE TERRITOIRE					
	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
6. Nombre total de demandes – malades hospitalisés (#).	714	738	976	1 013	956
7. Total des paiements – malades hospitalisés (\$).	8 698 387	8 808 130	10 742 393	11 183 888	15 333 983
8. Nombre total de demandes – malades externes (#).	8 450	8 735	9 027	9 983	12 830
9. Total des paiements – malades externes (\$).	1 735 520	2 168 964	2 155 225	2 888 247	3 248 555

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA					
10. Nombre total de demandes – malades hospitalisés (#).	15	11	15	13	19
11. Total des paiements – malades hospitalisés (\$).	43 454	20 257	32 075	12 003	67 671
12. Nombre total de demandes – malades externes (#).	55	42	74	40	92
13. Total des paiements – malades externes (\$).	8 372	7 101	11 782	8 233	18 862

1. Comprend treize centres de santé (Beaver Creek, Destruction Bay, Carcross, Carmacks, Dawson, Faro, Haines Junction, Mayo, Old Crow, Pelly Crossing, Ross River, Teslin et Whitehorse) et deux hôpitaux (Whitehorse et Watson Lake).

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE

	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
14. Nombre de médecins participants (#).	64	66	67	67	69
15. Nombre de médecins ayant opté pour le retrait du régime d'assurance-santé (#).	0	0	0	0	0
16. Nombre de médecins non participants (#).	0	0	0	0	0
17. Paiements totaux des services médicaux rémunérés pour l'ensemble des méthodes de paiement (\$). ²	13 752 251	13 788 028	16 342 282	19 139 117	20 781 850
18. Total des paiements pour services médicaux rémunérés à l'acte (\$). ²	11 734 280	13 308 761	14 127 399	16 294 365	17 719 117

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

	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
19. Nombre de services (#).	35 781	39 669	38 512	45 744	50 893
20. Total des paiements (\$).	1 873 508	2 139 805	1 977 052	2 297 501	3 008 828

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA

21. Nombre de services (#).	non disponible				
22. Total des paiements (\$).	non disponible				

SERVICES DE CHIRURGIE DENTAIRE ASSURÉS FOURNIS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE³

	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
23. Nombre de dentistes participants (#).	6	3	3	4	4
24. Nombre de services fournis (#).	24	5	4	23	4
25. Total des paiements (\$).	25 072	2 887	4 433	25 602	6 271

2. Comprend les spécialistes itinérants, les remboursements aux membres, les médecins suppléants et les tests effectués par les optométristes rémunérés à l'acte. Exclut les services et les coûts assurés par d'autres ententes de paiement.

3. Comprend la facturation directe des services de chirurgie dentaire assurés obtenus à l'extérieur du territoire.



TERRITOIRES DU NORD-OUEST

INTRODUCTION

Dans les Territoires du Nord-Ouest (T.N.-O.), le ministère de la Santé et des Services sociaux (ci-après le Ministère) planifie, gère et fournit un large éventail de services de soins de santé et de services sociaux en milieu communautaire et en établissement, de concert avec sept administrations régionales des services de santé et des services sociaux (ARSSSS) et l'Agence de services communautaires Tlicho (ASCT).

Pendant la période visée par le rapport, le Ministère a entrepris plusieurs initiatives de taille, dont celles qui suivent :

- La rédaction d'une nouvelle *Loi sur les médecins*, qui remplacera la législation actuelle et permettra de moderniser le processus disciplinaire et d'inscription des médecins praticiens des T.N.-O.;
- La rédaction de modifications à la *Loi sur les assistants dentaires* et à la *Loi sur les vétérinaires* qui entraîneront des changements aux qualifications relatives pour l'inscription au registre de ces professionnels dans les T.N.-O. Les vétérinaires devront répondre aux exigences du Bureau national des examinateurs et les hygiénistes dentaires à celles du Bureau national de la certification en hygiène dentaire, ce qui servira à mesurer les compétences pour ces professions. Les exigences modifiées pour l'inscription au registre aideront le gouvernement des T.N.-O. à satisfaire aux obligations en matière de mobilité de la main-d'œuvre en vertu de l'Accord sur le commerce intérieur révisé;
- L'entrée en vigueur du Règlement sur les réseaux d'aqueduc de la nouvelle *Loi sur la santé publique*. Ce règlement respecte les normes et les exigences nationales actuelles et permet à l'administrateur en chef de la santé publique d'intervenir efficacement dans le cas d'un danger pour la santé lié à l'approvisionnement en eau;

- L'entrée en vigueur du Règlement sur le contrôle des maladies à déclaration obligatoire de la nouvelle *Loi sur la santé publique*. Ce règlement est nécessaire au contrôle et à l'atténuation des risques pour la santé publique causés par la propagation ou la propagation éventuelle de maladies transmissibles et de graves problèmes de santé;
- La mise en œuvre d'un plan d'action intitulé *Foundation for Change*, qui vise à réformer la prestation des programmes de services de santé et de services sociaux dans l'ensemble des T.N.-O.;
- Le renouvellement de la carte d'assurance-maladie à l'échelle de la province, qui a permis au Ministère de s'assurer que seuls les habitants admissibles des T.N.-O. sont couverts.

Le site Web du Ministère est offert en français et en anglais (www.hlthss.gov.nt.ca) et présente une grande quantité de renseignements, dont des copies électroniques des rapports publiés par le Ministère et des avis en matière de santé publique.

1.0 GESTION PUBLIQUE

1.1 Régime d'assurance-santé et autorité publique

Le régime d'assurance-santé des T.N.-O. est composé du régime d'assurance-maladie et du régime d'assurance-hospitalisation. Le directeur de l'assurance-maladie, nommé en vertu de la *Loi sur l'assurance-maladie*, est l'autorité publique chargée d'administrer le régime d'assurance-maladie. Le ministre gère le régime d'assurance-hospitalisation par l'entremise de conseils d'administration 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*.

Le régime d'assurance-santé des T.N.-O. s'appuie sur les dispositions de la *Loi sur l'assurance-maladie* et de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des services de santé et des services sociaux*.

1.2 Liens hiérarchiques

Relevant du ministre, le Ministère, les administrations régionales des services de santé et des services sociaux (ARSSSS) et l'Agence de services communautaires Tlicho (ASCT) planifient, gèrent et fournissent un large éventail de services de soins de santé et de services sociaux en milieu communautaire et en établissement.

Dans les T.N.-O., le ministre de la Santé et des Services sociaux nomme un directeur de l'assurance-maladie, chargé d'appliquer la *Loi sur l'assurance-maladie* et son Règlement et de présenter un rapport au ministre sur le fonctionnement du régime d'assurance-maladie.

Le ministre désigne également les représentants du public au sein du conseil d'administration de chaque ARSSSS des T.N.-O. Les conseils donnent aux habitants des T.N.-O. la possibilité de définir les priorités et la prestation des services pour leur communauté. Les conseils gèrent, supervisent et dirigent les services des établissements de santé et de services sociaux dans le cadre des ressources, des politiques et des directives actuelles du gouvernement et sont responsables devant le ministre. Les présidents des conseils sont nommés pour une durée illimitée, et les autres membres, pour un mandat de trois ans. En ce qui concerne les représentants de l'ASCT, chaque gouvernement communautaire des T.N.-O. doit nommer un membre au conseil, pour un maximum de quatre ans. Le ministre responsable du ministère des Affaires autochtones et des Relations intergouvernementales nommera un président et fixera la durée de ce mandat après avoir consulté les membres désignés par les gouvernements communautaires.

Les comptes de chaque conseil d'administration sont vérifiés annuellement. De plus, le ministre et le sous-ministre rencontrent régulièrement les présidents des conseils, ce qui permet à ces derniers de rendre compte sur des questions non financières.

1.3 Vérification des comptes

Le régime d'assurance-hospitalisation et le régime d'assurance-maladie sont administrés par le Ministère. Le Bureau du vérificateur général du Canada vérifie les paiements effectués au titre de chaque régime, dans le cadre de la vérification annuelle du gouvernement des T.N.-O.

2.0 INTÉGRALITÉ

2.1 Services hospitaliers assurés

Les services hospitaliers assurés sont fournis en vertu de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des services de santé et des services sociaux* et de son Règlement.

En 2009-2010, quatre hôpitaux et 23 centres de santé dispensaient des services hospitaliers assurés à des malades hospitalisés et à des malades externes.

Les Territoires du Nord-Ouest couvrent un éventail complet de services hospitaliers assurés, conformément

à la *Loi canadienne sur la santé*. Ils offrent aux malades hospitalisés les services assurés suivants : l'hébergement et les repas en salle commune; les services infirmiers nécessaires; les actes de laboratoire et de radiologie et d'autres actes 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 il y en a; les services de psychiatrie et de psychologie fournis dans le cadre d'un programme approuvé; les services fournis par des personnes rémunérées par l'hôpital; les services fournis dans un centre de désintoxication agréé.

Les T.N.-O. fournissent aussi plusieurs services aux malades externes, soit : les épreuves de laboratoire et les radiographies, ainsi que leur interprétation, demandées par un médecin et effectuées dans un établissement de consultation externe ou dans un hôpital agréé; les services hospitaliers en rapport avec la plupart des interventions médicales et chirurgicales mineures; les services de physiothérapie, d'ergothérapie et d'orthophonie fournis dans un hôpital agréé; les services de psychiatrie et de psychologie fournis dans le cadre d'un programme hospitalier approuvé.

Le Règlement sur l'assurance-hospitalisation contient une liste détaillée des services assurés offerts aux malades hospitalisés et aux malades externes. L'article 1 du Règlement définit les « services assurés aux malades externes » comme les fournitures et les services suivants offerts aux malades externes : les services de laboratoire et de radiologie et d'autres services de diagnostic, ainsi que les interprétations nécessaires pour faciliter le diagnostic et le traitement de toute blessure, maladie ou incapacité, à l'exclusion d'actes simples comme les examens hématologiques et les analyses d'urine, qui font habituellement partie des examens de routine en cabinet de médecin; les services infirmiers nécessaires; les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes énoncés à l'annexe B, lorsqu'ils sont administrés dans un hôpital; l'usage des salles d'opération et des installations d'anesthésie, y compris l'équipement et les fournitures nécessaires; les fournitures chirurgicales courantes; les services fournis par des personnes rémunérées par un hôpital pour la prestation de ces services; les services de radiothérapie fournis dans des établissements assurés; les services de physiothérapie fournis dans des établissements assurés.

Le ministre peut ajouter, modifier ou supprimer des services hospitaliers assurés. Il est également du ressort du ministre de décider s'il y a lieu de recourir

à une consultation publique avant de modifier la liste des services assurés.

Pour ce qui est des services médicalement nécessaires qui ne sont pas disponibles dans les T.N.-O., le déplacement vers des hôpitaux ou des cliniques d'autres administrations provinciales ou territoriales peut être approuvé pour les habitants qui ont besoin de ces services. Les T.N.-O. offrent une aide pour le déplacement à des fins médicales (tel que prévu dans la politique de déplacement à des fins médicales), qui assure aux habitants des T.N.-O. le libre accès aux services médicalement nécessaires. Le Ministère administre également plusieurs programmes de services de santé supplémentaires.

2.2 Services médicaux assurés

La *Loi sur l'assurance-maladie* et le Règlement sur l'assurance-maladie des T.N.-O. prévoient la prestation de services médicaux assurés.

Les médecins, les infirmières, les infirmières praticiennes et les sages-femmes sont autorisés à fournir des services assurés dans le cadre du régime d'assurance-santé. Tous sont légalement tenus d'être autorisés à exercer dans les T.N.-O. par la *Loi sur les médecins* (les médecins), la *Loi sur la profession infirmière* (les infirmières, et les infirmières praticiennes) et la *Loi sur la profession de sage-femme* (les sages-femmes). En date du 31 mars 2010, il y avait environ 203 médecins autorisés, dont la plupart faisaient de la suppléance.

Un médecin peut se retirer du régime et se faire payer autrement que par le régime d'assurance-maladie à condition d'en aviser par écrit le directeur de l'assurance-maladie. En mars 2010, aucun médecin n'avait choisi d'exercer en dehors du régime d'assurance-maladie.

Les T.N.-O. offrent une vaste gamme de services médicalement nécessaires. Tous les actes médicalement nécessaires accomplis par des médecins sont couverts par le régime d'assurance-maladie, c'est-à-dire : les services diagnostiques et thérapeutiques approuvés; les services chirurgicaux médicalement nécessaires; les soins obstétricaux complets; les examens de la vue effectués par un ophtalmologiste. Les visites chez un spécialiste sont également assurées à condition que le patient ait été aiguillé correctement et que la demande de consultation ait été approuvée par un médecin agréé.

Il incombe au directeur de l'assurance-maladie de préparer et de recommander au ministre un tarif détaillant les honoraires payables au titre des services assurés. Toutefois, il revient au ministre de décider d'ajouter

des services hospitaliers assurés au Règlement, ou d'en supprimer, c'est-à-dire :

- établir un régime d'assurance-maladie qui offre des services assurés aux personnes assurées, par l'entremise de médecins, qui en tous points seront admissibles et permettront aux T.N.-O. de recevoir des contributions pécuniaires du gouvernement du Canada en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*;
- fixer les honoraires et les frais qui peuvent être payés pour les services assurés fournis par des médecins à l'intérieur ou à l'extérieur des T.N.-O., ainsi que les conditions de paiement des honoraires et des frais.

2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

Seuls les chirurgiens stomatologistes autorisés peuvent présenter des demandes de paiement. Les T.N.-O. utilisent comme guide le barème 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 par des tiers; les services qui ne sont pas médicalement nécessaires; les vaccinations de groupe; la fécondation *in vitro*; les services fournis 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 accompli en cabinet de 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 pratique habituellement exercée par des personnes qui ne sont pas médecins au sens de la *Loi sur l'assurance-maladie* et de son Règlement; les services de physiothérapie et de psychologie reçus ailleurs que dans un établissement de consultation externe assuré; les services couverts par la *Loi sur les accidents du travail* ou par toute autre loi fédérale ou territoriale; les examens de santé annuels de routine, lorsqu'il n'y a pas de diagnostic définissable.

Dans les T.N.-O., les demandes d'approbation préalable doivent être présentées au directeur des services assurés pour des biens ou des services médicaux non assurés fournis parallèlement à un service de santé assuré. Un conseiller médical fait des recommandations au directeur concernant la pertinence de la demande.

Plusieurs politiques de la Commission de la sécurité au travail et de l'indemnisation des travailleurs s'appliquent à l'interprétation de la *Loi sur les accidents de travail*. Les politiques se trouvent sur le site Web de la Commission à l'adresse suivante : www.wscc.nt.ca.

La *Loi sur l'assurance-maladie* des T.N.-O. comprend le Règlement sur les soins médicaux et accorde le pouvoir de négocier des modifications ou des suppressions aux tarifs. Le processus est décrit dans la section 2.2 du présent rapport.

3.0 UNIVERSALITÉ

3.1 Admissibilité

La *Loi sur l'assurance-maladie* définit l'admissibilité des habitants des T.N.-O. au régime d'assurance-santé des T.N.-O.

Pour définir l'admissibilité, les T.N.-O. se reportent à l'Accord interprovincial sur l'admissibilité et la transférabilité parallèlement aux directives d'inscription au régime d'assurance-santé des T.N.-O. Aucune modification n'a été apportée aux dispositions d'admissibilité pour la période visée par le rapport.

Le régime d'assurance-santé des T.N.-O. exclut les membres des Forces canadiennes et ceux de la Gendarmerie royale du Canada (GRC), les détenus dans les pénitenciers fédéraux et les habitants dont la période d'attente minimum n'est pas écoulée. Dans le cas des personnes libérées des Forces canadiennes, de la GRC ou d'un pénitencier fédéral, ou des citoyens canadiens qui rentrent aux T.N.-O. après un séjour à l'extérieur du Canada, la couverture prend effet le jour où la résidence permanente est établie.

Pour s'inscrire au régime, il faut remplir un formulaire de demande et fournir les documents justificatifs pertinents (p. ex. visas et documents d'immigration). Le demandeur doit être en mesure de fournir, sur demande, une preuve de résidence. L'inscription devrait se faire avant la date d'admissibilité réelle du client. Les cartes d'assurance-maladie des T.N.-O. sont valides pour cinq ans. L'inscription est directement liée à l'admissibilité au régime. Seules les demandes de remboursement des clients inscrits sont acceptées.

En mars 2010, 39 437 personnes étaient inscrites au régime d'assurance-santé des T.N.-O.

Il n'existe aucune disposition officielle permettant à des clients de se retirer du régime d'assurance-santé.

3.2 Autres catégories de personnes

Les titulaires d'un visa d'emploi, d'un visa d'étudiant et, dans certains cas, d'un visa de visiteur sont couverts par le régime s'ils satisfont aux dispositions de l'Accord sur l'admissibilité et la transférabilité et aux directives concernant la couverture par le régime d'assurance-santé.

4.0 TRANSFÉRABILITÉ

4.1 Période d'attente minimale

Les assurés qui déménagent dans les T.N.-O. sont assujettis à des périodes d'attente, conformément à l'Accord interprovincial sur l'admissibilité et la transférabilité. En général, les personnes qui s'installent en permanence dans les T.N.-O. ne sont pas assurées avant le premier jour du troisième mois de résidence; celles 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, sont assurées le premier jour du treizième mois.

4.2 Couverture durant des absences temporaires au Canada

L'Accord interprovincial sur l'admissibilité et la transférabilité et les directives d'inscription au régime d'assurance-santé des T.N.-O. définissent les règles de transférabilité de l'assurance-santé pendant des absences temporaires à l'intérieur du Canada.

Les étudiants qui s'absentent temporairement des T.N.-O. sont couverts pendant qu'ils fréquentent à temps plein un établissement d'enseignement postsecondaire. Les personnes qui, pour diverses raisons (travail, vacances, etc.), s'absentent temporairement des T.N.-O. demeurent assurées pendant un maximum d'un an. Lorsqu'une personne a rempli un formulaire d'absence temporaire des T.N.-O. et que le Ministère a approuvé sa demande, les frais des services assurés reçus dans une autre administration sont entièrement payés.

Sur présentation d'une carte d'assurance-maladie des T.N.-O. valide, la plupart des visites chez le médecin et des soins hospitaliers pour des services médicalement nécessaires sont facturés directement au Ministère. Des

directives générales sur le remboursement ont été établies pour les patients tenus de payer immédiatement des services médicalement nécessaires. En 2009-2010, plus de 16 millions de dollars ont été payés pour des services hospitaliers reçus par des malades hospitalisés et des malades externes dans d'autres administrations provinciales ou territoriales.

Les T.N.-O. participent à l'Entente de facturation réciproque des services hospitaliers et à l'Entente de facturation réciproque des services médicaux conclues avec les autres administrations.

4.3 Couverture durant des absences temporaires à l'extérieur du Canada

Les directives d'inscription au régime d'assurance-santé des T.N.-O. établissent les critères qui définissent la couverture pendant des séjours à l'extérieur du Canada.

Aux termes du sous-alinéa 11(1)b)(ii) de la *Loi canadienne sur la santé*, les T.N.-O. accordent un remboursement personnel lorsqu'un habitant des T.N.-O. quitte temporairement le Canada pour des raisons personnelles, comme des vacances, et qu'il requiert des soins médicaux au cours de cette période. Ces personnes doivent payer elles-mêmes les frais et en demander le remboursement à leur retour aux T.N.-O. Les montants payables sont indiqués dans le tarif approuvé. Si les services sont reçus à l'extérieur du Canada, les montants payables ne doivent pas dépasser les montants prévus pour les services assurés reçus dans les T.N.-O.

Une personne qui séjourne à l'étranger peut être couverte pour une période maximale d'un an, sous réserve d'une approbation préalable. Selon les règles d'admissibilité, les habitants des T.N.-O. peuvent conserver leur couverture pour une période maximale d'un an s'ils quittent le Canada, mais ils doivent fournir des renseignements détaillés attestant qu'ils continueront de résider en permanence dans les T.N.-O.

4.4 Nécessité d'une approbation préalable

Les T.N.-O. exigent une approbation préalable pour la couverture éventuelle de services facultatifs reçus dans un autre territoire, une province ou à l'extérieur du pays. Il est également nécessaire d'obtenir une approbation préalable à l'égard de services assurés qui seront fournis par un établissement privé.

5.0 ACCESSIBILITÉ

5.1 Accès aux services de santé assurés

Le programme d'aide financière pour les déplacements à des fins médicales vise à réduire les obstacles d'ordre économique pour tous les habitants des T.N.-O. L'article 14 de la *Loi sur l'assurance-maladie* interdit la surfacturation, à moins que le médecin n'ait choisi de se faire payer pour les services médicaux fournis à des assurés autrement que dans le cadre du régime d'assurance-maladie.

En ce qui concerne l'accès aux services hospitaliers assurés, les établissements des T.N.-O. offrent une gamme de services médicaux, de chirurgie, de réadaptation et de diagnostic. Le programme de déplacements aux fins médicales des T.N.-O. permet aux habitants, par l'entremise d'un processus d'approbation, d'avoir accès aux services nécessaires approuvés non disponibles dans les établissements des T.N.-O. Grâce à des arrangements de déplacements à des fins médicales, l'accès aux services a été maintenu durant toute l'année.

En 2009-2010, les services de Télésanté comptaient 20 unités à l'échelle des T.N.-O.

En ce qui concerne les services médicaux et de chirurgies dentaires assurés, tous les habitants des T.N.-O. ont accès à tous les établissements exploités par le gouvernement des T.N.-O.

Grâce au programme d'aide financière pour les déplacements à des fins médicales, le gouvernement des T.N.-O. permet aux habitants d'avoir accès à des médecins, tandis que le programme de Télésanté élargit les services spécialisés offerts aux habitants des collectivités isolées.

5.2 Rémunération des médecins

La rémunération des médecins est établie au moyen de négociations entre la NWT Medical Association et le Ministère. La majorité des médecins de famille sont employés dans le cadre d'un accord contractuel avec le gouvernement des T.N.-O. Les autres sont rémunérés à l'acte. Dans les T.N.-O., la *Loi sur l'assurance-maladie* et son Règlement régissent les paiements à verser aux médecins pour les services assurés fournis sous le régime de la rémunération à l'acte.

5.3 Paiements aux hôpitaux

Les paiements aux administrations régionales des services de santé et des services sociaux sont effectués conformément aux accords de contribution conclus entre les conseils d'administration et le Ministère. Les sommes allouées dans les accords sont établies d'après les ressources disponibles dans le budget global du gouvernement et le niveau de service fourni par l'hôpital.

Les paiements versés aux administrations des services de santé et des services sociaux qui fournissent des services hospitaliers assurés sont régis par la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des services de santé et des services sociaux* et 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 2009-2010. Les hôpitaux des T.N.-O. sont financés au moyen d'un budget global.

6.0 RECONNAISSANCE ACCORDÉE AUX TRANSFERTS FÉDÉRAUX

Le gouvernement des T.N.-O. a fait état des fonds versés par le gouvernement fédéral dans le cadre du Transfert en matière de santé du Canada dans des communiqués et divers autres documents.

Pour l'exercice 2009-2010, ces documents sont les suivants :

- le discours du budget de 2009-2010;
- le budget principal des dépenses de 2009-2010;
- les comptes publics de 2009-2010;
- le plan d'activités 2007-2010 du ministère des Finances.

Le budget principal des dépenses susmentionné constitue le plan financier du gouvernement. Le gouvernement le présente chaque année à l'Assemblée législative.

PERSONNES INSCRITES					
	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
1. Nombre en date du 31 mars (#).	44 082 ¹	45 551 ¹	46 177 ¹	46 792 ¹	39 437 ¹

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE					
Établissements publics	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
2. Nombre (#).	27	27	27	27	27
3. Paiement des services de santé assurés (\$).	55 905 392	64 418 406	85 365 096	74 246 936	68 600 324
Établissements privés à but lucratif	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
4. Nombre d'établissements privés à but lucratif offrant des services de santé assurés (#).	0	0	0	0	0
5. Paiements aux établissements privés à but lucratif pour des services de santé assurés (\$).	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS AUX RÉSIDENTS DANS UNE AUTRE PROVINCE OU UN AUTRE TERRITOIRE					
	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
6. Nombre total de demandes – malades hospitalisés (#).	1 199	1 051	1 198	1 209	1 135
7. Total des paiements – malades hospitalisés (\$).	11 489 069	11 429 716	12 824 618	13 060 563	12 626 794
8. Nombre total de demandes – malades externes (#).	10 673	11 935	11 915	12 314	11 097
9. Total des paiements – malades externes (\$).	2 636 052	2 692 568	2 742 122	3 584 933	3 465 869

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA					
	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
10. Nombre total de demandes – malades hospitalisés (#).	9	8	14	12	5
11. Total des paiements – malades hospitalisés (\$).	14 868	16 970	41 786	24 444	9 602
12. Nombre total de demandes – malades externes (#).	54	43	35	29	21
13. Total des paiements – malades externes (\$).	7 280	9 635	6 666	10 546	8 034

Toutes les données sont sujettes à des révisions ultérieures. Les estimations pour 2009-2010 sont fondées sur les données concernant les demandes en date du 10 septembre 2010.

1. Le chiffre pour 2005-2006 du 6 septembre 2006, le chiffre pour 2006-2007 du 6 septembre 2007, le chiffre pour 2007-2008 du 5 septembre 2008, le chiffre pour 2008-2009 du 1^{er} septembre 2009., et le chiffre pour 2009-2010 du 8 septembre 2010.

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE

	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
14. Nombre de médecins participants (#). ²	251 ²	262 ²	286 ²	266 ²	203 ²
15. Nombre de médecins ayant opté pour le retrait du régime d'assurance-santé (#).	0	0	0	0	0
16. Nombre de médecins non participants (#).	s.o.	0	0	0	0
17. Paiements totaux des services médicaux rémunérés pour l'ensemble des méthodes de paiement (\$).	30 080 888	31 586 887	34 266 756	35 775 012	37 589 609
18. Total des paiements pour services médicaux rémunérés à l'acte (\$).	1 576 368	1 696 823	1 791 633	1 931 717	1 874 408

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

	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
19. Nombre de services (#).	48 457	48 797	45 412	45 544	34 397
20. Total des paiements (\$).	4 019 916	3 630 179	8 834 118	4 086 169	4 171 201

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA

21. Nombre de services (#).	84	90	95	110	90
22. Total des paiements (\$).	3 611	4 142	9 051	6 231	5 726

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

	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
23. Nombre de dentistes participants (#).	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
24. Nombre de services fournis (#).	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
25. Total des paiements (\$).	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.

Toutes les données sont sujettes à des révisions ultérieures. Les estimations pour 2009-2010 sont fondées sur les données concernant les demandes en date du 10 septembre 2010.

2. Estimation fondée sur le nombre total de médecins actifs pour chaque année financière.



NUNAVUT

INTRODUCTION

Le ministère de la Santé et des Services sociaux doit relever plus d'un défi pour assurer la santé et le mieux-être des Nunavummiut. La population de 32 887¹ habitants se compose d'environ 84 pourcent d'Inuits, et près de 53 pourcent des habitants sont âgés de moins de 25 ans.² Le territoire est constitué de 25 collectivités situées dans trois fuseaux horaires et divisées en trois régions : Baffin (ou Qikiqtaaluk), Kivalliq et Kitikmeot.

L'état de santé des Nunavummiut est nettement inférieur à l'état de santé moyen au pays, et l'espérance de vie globale est de 10 ans³ plus courte que la moyenne canadienne. Il n'y a pas de routes ou de chemins de fer qui relient les collectivités du Nunavut entre elles, et l'avion constitue le seul moyen de transport pour se déplacer dans le territoire, dans ses environs et pour en sortir. Comme le coût des billets d'avion, des infirmières d'agence, de la technologie médicale, des infrastructures et des dépenses connexes augmente sans cesse, le gouvernement du Nunavut continue d'investir plus de ressources en santé publique. En investissant maintenant dans la promotion de la santé et les soins préventifs, le gouvernement pourra atténuer le coût élevé des soins de santé primaires qui seront fournis dans le futur.⁴

Au cours de 2009-2010, le ministère a entrepris diverses initiatives qui auront des conséquences sur notre régime d'assurance-santé, y compris :

- une étude approfondie de la santé et des soins de santé au Nunavut afin d'établir les niveaux optimaux de dotation ministérielle et les méthodes de prestation de services de chaque collectivité;

- une intégration régionale accrue des initiatives stratégiques territoriales, y compris la Stratégie de recrutement et de maintien en poste du personnel infirmier;
- un examen complet du système de déplacement à des fins médicales afin de fournir un niveau durable de soins de qualité et d'augmenter les services fournis dans le territoire;
- un plan stratégique sur les services médicaux dans le territoire;
- un examen territorial des services de réadaptation.

Le gouvernement du Nunavut s'efforce d'intégrer les valeurs sociales Inuites à l'élaboration des programmes et des politiques ainsi qu'à la conception et à la prestation des services. La prestation des services de santé au Nunavut repose sur un modèle de soins de santé primaires. Ces soins sont fournis par des médecins de famille, des infirmières praticiennes, des infirmières en santé communautaire et des pharmaciens.

En 2009-2010, le budget territorial de fonctionnement et d'entretien du ministère de la Santé et des Services sociaux du Nunavut s'élevait à 274 829 000 \$.⁵ Plus du quart du budget de fonctionnement total du ministère est affecté aux coûts de déplacement à des fins médicales et aux traitements fournis dans des établissements hors du territoire. La très faible densité de population de ce vaste territoire et l'infrastructure restreinte en matière de santé (p. ex. services de diagnostic) obligent souvent les habitants à quitter le Nunavut pour recevoir divers services hospitaliers et services spécialisés. Un montant additionnel de 18 269 000 \$ a aussi été alloué au ministère pour des projets d'immobilisations.⁶

1.0 GESTION PUBLIQUE

1.1 Régime d'assurance-santé et autorité publique

Les régimes d'assurance-santé et d'assurance-hospitalisation du Nunavut, qui couvrent les services médicaux et les services hospitaliers, sont gérés par le ministère à titre non lucratif.

1. Statistique Canada, Tableau 2, Estimations démographiques trimestrielles, <http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/100929/t100929b2-fra.htm>.

2. Statistique Canada, Recensement 2006.

3. Gouvernement du Nunavut, Plan d'activités 2010-2013.

4. Gouvernement du Nunavut, Plan d'activités 2010-2013.

5. Gouvernement du Nunavut, Budget principal des dépenses 2010-2011.

6. Gouvernement du Nunavut, Budget des dépenses d'immobilisation 2010-2011.

La *Loi sur l'assurance-maladie* (T.N.-O., 1988, 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. La *Loi sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des services de santé et des services sociaux* (T.N.-O., 1988, reproduite pour le Nunavut par l'article 29 de la *Loi sur le Nunavut*, 1999) permet l'établissement de services hospitaliers et d'autres services de santé.

La gestion et la prestation des services de santé du Nunavut ont été intégrées aux opérations globales du ministère le 31 mars 2000, lorsque les anciennes régies régionales de la santé et des services sociaux (Baffin, Keewatin [Kivalliq] et Kitikmeot) ont été dissoutes. Par l'application de la *Loi sur la dissolution des conseils d'administration* (Nunavut, 1999), les activités des régies régionales ont été intégrées à celles du ministère à compter du 1^{er} avril 2000. Les membres du personnel de ces régies sont alors devenus des employés du ministère. Dans chacune des trois régions du territoire, le ministère possède un bureau qui administre la prestation des services de santé à l'échelon régional. Les activités d'Iqaluit sont gérées séparément. Le ministère a maintenu des activités régionales dans chaque région du Nunavut pour appuyer les travailleurs de première ligne et la prestation d'une vaste gamme de programmes et de services de santé et de services sociaux dans la communauté.

Aucune modification législative n'a été apportée au cours de l'exercice 2009-2010.

1.2 Liens hiérarchiques

Un directeur de l'assurance-santé, nommé en vertu de la *Loi sur l'assurance-maladie*, veille à la gestion du régime d'assurance-santé du territoire. Il relève du ministre de la Santé et des Services sociaux et doit présenter un rapport annuel sur les activités du régime. Les contributions annuelles du ministère au *Rapport annuel sur l'application de la Loi canadienne sur la santé* servent de base au rapport annuel sur les activités du régime conformément à la *Loi sur l'assurance-maladie*.

1.3 Vérification des comptes

Le vérificateur général du Canada agit à titre de vérificateur du gouvernement du Nunavut, conformément à l'article 30.1 de la *Loi sur la gestion des finances publiques* (Nunavut, 1999). Il doit vérifier annuellement les transactions et les états financiers consolidés du gouvernement du Nunavut. Le plus récent rapport de vérification a été publié le 18 mars 2010.

Le vérificateur général a pour mandat de faire la vérification des activités du ministère. Un rapport particulier concernant les pratiques de gestion financière du ministère de la Santé et des Services sociaux a été publié par le Bureau du vérificateur général du Canada en 2009-2010. En juin 2010, un rapport a été présenté en réponse au rapport du Comité permanent sur les opérations gouvernementales et les comptes publics du Nunavut portant sur l'examen des rapports de 2009 de la vérificatrice générale du Canada à l'Assemblée législative du Nunavut concernant les pratiques de gestion financière du ministère de la Santé et des Services sociaux et les suites données au rapport de 2005 sur les pratiques de gestion financière du gouvernement du Nunavut.

2.0 INTÉGRALITÉ

2.1 Services hospitaliers assurés

Au Nunavut, les services hospitaliers assurés sont fournis en vertu des articles 2 à 4 de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des services de santé et des services sociaux* et de ses règlements. Aucune modification n'a été apportée à la Loi ou aux règlements en 2009-2010.

En 2009-2010, des services hospitaliers assurés ont été fournis dans 28 établissements situés sur l'ensemble du territoire, soit un hôpital général (Iqaluit), deux établissements de santé régionaux (Rankin Inlet et Cambridge Bay), 22 centres de santé communautaire, un établissement de santé publique (Iqaluit) et une clinique de médecine familiale (Iqaluit). Des services de réadaptation sont également offerts au Centre Timimut Ikajuksivik d'Iqaluit.

L'Hôpital général Qikiqtani est actuellement le seul établissement de soins de courte durée au Nunavut qui offre une gamme de services hospitaliers aux malades hospitalisés et aux malades externes au sens de la *Loi canadienne sur la santé*. Il offre en tout temps des services d'urgence, des soins aux malades hospitalisés (y compris des soins obstétricaux, pédiatriques et palliatifs), des services chirurgicaux, de laboratoire, d'imagerie diagnostique et d'inhalothérapie et produit des dossiers médicaux et de l'information sur la santé. Toutefois, lorsqu'ils auront réussi à recruter d'autres médecins, les deux établissements régionaux à Rankin Inlet et Cambridge Bay seront en mesure d'offrir un plus large éventail de services aux malades hospitalisés et aux malades externes. Les centres de santé communautaire fournissent des services de santé publique, des services aux malades externes et des services d'urgence. De plus, il y a un nombre limité de lits de maternité au Rankin

Inlet Birthing Centre. Des services de santé publique sont également fournis dans les cliniques de santé publique qui sont situées à Rankin Inlet et à Iqaluit.

Le ministère gère également une clinique de médecine familiale à Iqaluit. La clinique, établie en 2006 avec l'appui du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires, a contribué à alléger les pressions subies par les services d'urgence et de consultation externe de l'hôpital général Qikiqtani pendant les heures ouvrables. La clinique permet d'offrir de façon régulière des rendez-vous et des programmes liés aux soins primaires, comme la clinique du diabète, et reçoit un soutien médical grâce à la présence d'un médecin de 2 à 3 journées par mois. À l'heure actuelle, la clinique compte trois infirmières praticiennes, et le nombre de visites est d'environ 600 à 700 par mois.

L'autorisation des établissements et la délivrance de licences ainsi que l'inspection et la supervision de tous les établissements de santé et de services sociaux du territoire relèvent du ministère. Les services assurés fournis aux malades hospitalisés sont : l'hébergement et les repas en salle commune; les services infirmiers nécessaires; les actes de laboratoire, de radiologie et autres actes diagnostiques, ainsi que les interprétations nécessaires; les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes prescrits par un médecin et administrés à l'hôpital; les fournitures chirurgicales courantes; l'usage des salles d'opération, des salles d'accouchement et des installations d'anesthésie; l'usage des services de radiothérapie et de physiothérapie, là où ils sont disponibles; les services de psychiatrie et de psychologie fournis dans le cadre d'un programme agréé; les services fournis par des personnes rémunérées à cet effet par l'hôpital; les services fournis par un centre de désintoxication approuvé.

Les services aux malades externes sont : les analyses de laboratoire et les radiographies, ainsi que les interprétations nécessaires, demandées par un médecin et réalisées dans un établissement de consultation externe ou un hôpital agréé; les services hospitaliers en rapport avec la plupart des interventions médicales et chirurgicales mineures; les services de physiothérapie, d'ergothérapie et d'orthophonie ainsi que certains services d'audiologie fournis dans un établissement de consultation externe ou dans un hôpital agréé; les services de psychiatrie et de psychologie fournis dans le cadre d'un programme hospitalier agréé. Le ministère peut décider d'ajouter des services assurés dans ses établissements, en fonction de la disponibilité des ressources et du matériel ainsi que de la faisabilité générale du projet, conformément à ses lignes directrices et avec l'aval du Conseil de gestion financière du Nunavut. Aucun

nouveau service n'a été ajouté à la liste des services hospitaliers assurés en 2009-2010.

2.2 Services médicaux assurés

Le paragraphe 3(1) de la *Loi sur l'assurance-maladie* et l'article 3 du Règlement sur les soins médicaux prévoient la prestation de services médicaux assurés au Nunavut. Aucune modification n'a été apportée à la Loi ni au Règlement en 2009-2010. La *Loi sur les infirmières et infirmiers* autorise la délivrance de permis d'exercice aux infirmières praticiennes du Nunavut, ce qui permet à ces dernières de fournir des services médicaux assurés dans le territoire.

Les médecins doivent être membres en règle d'un collège des médecins et chirurgiens du Canada et détenir un permis d'exercice au Nunavut. Le comité d'inscription des médecins du gouvernement du Nunavut gère actuellement ce processus pour les médecins du territoire. Le Nunavut recrute et embauche ses médecins de famille et la plupart du temps recourt aux services de spécialistes des principaux centres spécialisés d'Ottawa, de Winnipeg et de Yellowknife. Le recrutement de médecins de famille à temps plein s'est considérablement amélioré : 21 postes de médecins de famille sont financés par le ministère, ce qui correspond à plus de 5 000 jours travaillés annuellement sur l'ensemble du territoire. En 2009-2010, tous les postes de médecins de famille au Nunavut étaient pourvus.

Il y a au total 25 postes de médecins à temps plein au Nunavut (14 dans la région de Baffin; 4,5 dans la région de Kivalliq; 2,5 dans la région de Kitikmeot; un chirurgien, un anesthésiste, un pédiatre et un psychiatre à l'Hôpital général Qikiqtani). Des spécialistes itinérants, des omnipraticiens et des médecins suppléants fournissent également des services médicaux assurés dans le cadre d'ententes conclues avec chacune des trois régions du ministère. En date du 31 mars 2010, 225 médecins participaient au régime d'assurance-santé du Nunavut.

Le médecin peut choisir de recevoir des honoraires en dehors du régime d'assurance-santé, conformément aux alinéas 12(2)a) ou 12(2)b) de la *Loi sur l'assurance-maladie*, en remettant un avis écrit à cet effet au directeur. Ce choix peut être révoqué, et la révocation entre en vigueur le premier jour du mois suivant la date à laquelle une lettre à cet effet a été remise au directeur. En 2009-2010, aucun médecin n'a remis d'avis écrit indiquant qu'il avait fait le choix susmentionné.

Tous les médecins qui exercent au Nunavut ont signé un contrat avec le ministère.

Le terme services médicaux assurés désigne tous les services médicalement nécessaires fournis par des médecins. Lorsque des services assurés ne sont pas offerts dans certaines régions du Nunavut, les malades sont dirigés vers une autre administration pour les obtenir. Le Nunavut a conclu des ententes de services de santé avec des centres de services médicaux et de traitement à Ottawa, Winnipeg, Churchill, Yellowknife et Edmonton. C'est vers ces endroits à l'extérieur du territoire que le Nunavut oriente la plupart du temps ses malades qui ont besoin de services médicaux non disponibles dans le territoire.

L'ajout ou l'élimination de services médicaux assurés doit être approuvé par le gouvernement. À cette fin, le directeur de l'assurance-santé participe à des négociations avec un groupe de médecins pour discuter du service visé. Par la suite, la décision du groupe est soumise à l'approbation du Cabinet. En 2009-2010, aucun service médical assuré n'a été ajouté ni éliminé.

2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

Un dentiste qui fournit des services de chirurgie dentaire assurés au titre du régime d'assurance santé du territoire doit détenir une licence d'exercice, conformément à la *Loi sur les professions dentaires* (T.N.-O., 1988, reproduite pour le Nunavut par l'article 29 de la *Loi sur le Nunavut*, 1999). Il reçoit un numéro de facturation pour facturer le régime à l'égard des services dentaires assurés qu'il a fournis.

Les services dentaires assurés se limitent aux interventions de chirurgie dentaire prévues dans le Règlement, qui nécessitent des ressources que seul un hôpital peut fournir (p. ex. la chirurgie orthognatique). Des chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux viennent régulièrement au Nunavut; toutefois, dans de rares cas, lorsqu'il y a des complications médicales, le patient est transporté par avion à l'extérieur du territoire.

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 2009-2010.

2.4 Services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

Les services fournis en vertu de la *Loi sur les accidents du travail* (T.N.-O., 1988, reproduite pour le Nunavut par

l'article 29 de la *Loi sur le Nunavut*, 1999) ou d'autres lois du Canada, sauf la *Loi canadienne sur la santé*, sont exclus.

Les services médicaux non assurés sont : les examens physiques annuels; la chirurgie esthétique; les services réputés expérimentaux; les médicaments d'ordonnance; les examens physiques demandés par un tiers; les services d'optométrie; les services dentaires autres que certains actes liés à des maladies ou à des blessures de la mâchoire; les services de chiropraticiens, de naturopathes, de podiatres et d'ostéopathes, et les traitements d'acupuncture; les services de physiothérapie, d'orthophonie et de psychologie reçus dans un établissement autre qu'un établissement de consultation externe assuré (hôpital).

Les services hospitaliers non assurés sont : les 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 réputés expérimentaux; les frais d'ambulance (sauf pour le transport d'un hôpital à un autre); les services dentaires autres que certains actes liés à des maladies ou à des blessures de la mâchoire; les services de réadaptation pour alcooliques et toxicomanes, sans approbation préalable.

À l'Hôpital général Qikiqtani, le tarif journalier de séjour pour les services fournis à des non Canadiens est de 1 934 \$.

Dans le cas des habitants envoyés à l'extérieur du territoire pour recevoir des services, le ministère suit les politiques et procédures de l'administration qui fournit des services pouvant entraîner des frais supplémentaires, et ce, seulement dans la mesure où ces frais sont couverts par le régime d'assurance-santé du Nunavut (voir 4.2, Transférabilité). Les demandes ou les plaintes sont traitées au cas par cas avec la province ou le territoire concerné.

Le ministère gère également le Programme des services de santé non assurés (SSNA) au nom de Santé Canada pour les habitants Inuits et des Premières nations du Nunavut. Le SSNA paie une quote-part pour les déplacements pour soins médicaux, d'hébergement et les repas dans les pensions (à Ottawa, à Winnipeg, à Churchill, à Edmonton, à Yellowknife et à Iqaluit), 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 accessoires.

3.0 UNIVERSALITÉ

3.1 Admissibilité

L'admissibilité au régime d'assurance-santé du Nunavut est brièvement définie aux paragraphes 3(1), (2) et (3) de la *Loi sur l'assurance-maladie*. Le ministère respecte l'Accord sur l'admissibilité et la transférabilité (interprovincial-territorial) et ses propres lignes directrices. Aucune modification n'a été apportée à la Loi ni aux règlements en 2009-2010.

Sous réserve des dispositions susmentionnées, tous les habitants du Nunavut sont admissibles aux services de santé assurés selon des modalités uniformes. Un résident est une personne légalement autorisée à être ou à rester au Canada, domiciliée et habituellement présente au Nunavut, à l'exception d'une personne faisant du tourisme, de passage ou en visite au Nunavut. Les demandes de participation au régime sont acceptées, et les demandeurs doivent produire des documents confirmant leur statut de résident. Les personnes admissibles reçoivent une carte santé portant un numéro qui leur est propre.

Pour s'inscrire au régime, une personne doit présenter un formulaire de demande rempli et y joindre les documents requis. Une carte santé est délivrée à chaque résident. Afin de simplifier le traitement des documents, le Nunavut a adopté un processus de renouvellement échelonné en 2006. Aucune prime n'est exigible. La couverture d'un service est liée à la vérification de l'inscription; toutefois, en cas de problème à cet égard, tout est mis en œuvre pour inscrire le résident admissible. Les non-résidents doivent présenter une carte santé valide de leur province ou de leur territoire.

La couverture commence généralement le premier jour du troisième mois suivant l'arrivée au Nunavut, mais elle peut être immédiate dans certaines circonstances (p. ex. un nouveau-né dont la mère ou le père est admissible à la couverture). Les résidents permanents (immigrants reçus), les Canadiens rentrant au pays, les Canadiens rapatriés, les résidents permanents rentrant au pays et les non-Canadiens titulaires d'un visa d'emploi valide pour douze mois ou plus sont aussi couverts immédiatement.

Les membres des Forces canadiennes et de la Gendarmerie royale du Canada ainsi que les détenus des pénitenciers fédéraux ne sont pas admissibles. Ils le deviennent le premier jour de la cessation d'emploi ou de la libération.

Conformément à l'article 7 de l'Accord sur l'admissibilité et la transférabilité (interprovincial territorial), les personnes d'une province ou d'un autre territoire qui demeurent temporairement au Nunavut sans y établir leur résidence demeurent inscrites au régime d'assurance-santé de la province ou du territoire d'origine pendant une période maximale d'un an.

Le 31 mars 2010, 33 540 habitants étaient inscrits au régime d'assurance-santé du Nunavut, soit près de 1 333 de plus que l'année précédente. Aucune disposition officielle ne prévoit le retrait des habitants du Nunavut du régime d'assurance-santé.

3.2 Autres catégories de personnes

Les non-Canadiens qui détiennent un visa d'emploi ou d'étudiant valide pour moins de 12 mois, les travailleurs de passage et les titulaires de permis ministériel (à une exception près) ne sont pas admissibles au régime. Les situations particulières sont évaluées individuellement, conformément à l'article 15 des lignes directrices des Territoires du Nord-Ouest sur l'inscription au régime d'assurance-santé, adopté par le Nunavut en 1999.

4.0 TRANSFÉRABILITÉ

4.1 Période d'attente minimale

En vertu de l'article 3 de l'Accord sur l'admissibilité et la transférabilité (interprovincial territorial), la période d'attente, lors d'un déménagement au Canada, est de trois mois, ou le premier jour du troisième mois suivant l'établissement de la résidence dans une autre province ou un autre territoire; cette dernière période d'attente s'applique également lorsqu'une personne, durant une absence temporaire de sa province ou de son territoire, décide de s'établir en permanence au Nunavut.

4.2 Couverture durant des absences temporaires au Canada

Le paragraphe 4(2) de la *Loi sur l'assurance-maladie* détermine les prestations payables à l'égard des services médicaux assurés fournis à l'extérieur du Nunavut, mais au Canada. Les alinéas 5d) et 28(1j) et o) de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des services de santé et des services sociaux* autorisent le ministre à conclure avec les provinces et les autres territoires des ententes sur la prestation de services de santé aux habitants du Nunavut et à fixer les modalités de paiement. En 2009-2010, il n'y a pas eu de modification

législative ou réglementaire concernant la couverture à l'extérieur du Nunavut.

Les étudiants qui font des études à l'extérieur du Nunavut doivent en aviser le ministère et fournir une preuve d'inscription pour demeurer assurés. Les demandes de prolongation doivent être renouvelées chaque année et 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 à la réception d'une demande écrite de l'assuré. Le directeur peut approuver des absences de plus de douze mois consécutifs, à la réception d'une demande écrite de l'assuré.

Les dispositions relatives à la couverture durant les absences temporaires au Canada sont parfaitement conformes aux conditions de l'Accord sur l'admissibilité et la transférabilité (interprovincial-territorial) depuis le 1^{er} janvier 2001.

Le Nunavut participe aux ententes de facturation réciproque des services médicaux et des services hospitaliers. En outre, des ententes bilatérales spéciales ont été conclues avec l'Ontario, le Manitoba, l'Alberta et les Territoires du Nord-Ouest. L'entente de facturation réciproque des services hospitaliers prévoit le paiement des services hospitaliers aux patients hospitalisés ou externes reçus à l'extérieur du territoire par les habitants admissibles du Nunavut. Les taux prévus pour les interventions onéreuses, les services de néonatalogie et les services aux malades externes sont basés sur ceux établis par le Comité de coordination des ententes interprovinciales en assurance-santé. Un accord spécial entre les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut, prévoyant un financement global permet au Stanton Hospital de Yellowknife de fournir des services aux habitants du Nunavut, à l'hôpital même ou dans la région de Kitikmeot (la partie ouest du territoire), par l'intermédiaire de spécialistes itinérants.

Les ententes de facturation réciproque des services médicaux prévoient le paiement des services médicaux assurés pour le compte des habitants admissibles du Nunavut qui reçoivent des services assurés à l'extérieur du territoire. Le paiement est fait à la province d'accueil, aux taux établis par cette dernière.

4.3 Couverture durant des absences temporaires à l'extérieur du Canada

Le paragraphe 4(3) de la *Loi sur l'assurance-maladie* régit les prestations payables à l'égard des services médicaux assurés fournis à l'étranger. Les alinéas 28(1)j) et o) de la *Loi sur l'assurance hospitalisation*

et l'*administration des services de santé et des services sociaux* autorisent le ministre à fixer les modalités de paiement des services fournis à l'étranger aux habitants du Nunavut. Pendant une absence temporaire à l'étranger, peu importe la raison, les personnes peuvent être couvertes pendant une période maximale de 12 mois, sous réserve de la présentation préalable d'un avis écrit. Si un résident est aiguillé vers un établissement à l'extérieur du pays pour recevoir des services (interventions très spécialisées non pratiquées au Nunavut ni ailleurs au Canada), le territoire assume la totalité des frais. Dans le cas de services non urgents ou si le patient n'a pas été aiguillé, le paiement est de 1 934 \$ par jour pour les services hospitaliers et de 238 \$ pour les services aux malades externes. Par rapport à 2008-2009, ces montants ont augmenté respectivement de 58 \$ et de 7 \$.

Les services médicaux assurés fournis à des habitants admissibles pendant une absence temporaire à l'étranger sont payés aux taux en vigueur pour ces services dans le territoire. Le remboursement est versé à l'assuré ou directement au fournisseur du service assuré.

4.4 Nécessité d'une approbation préalable

Une approbation préalable est requise pour recevoir des services facultatifs dans des établissements privés au Canada ou dans n'importe quel établissement à l'étranger.

5.0 ACCESSIBILITÉ

5.1 Accès aux services de santé assurés

L'article 14 de la *Loi sur l'assurance-maladie* interdit la surfacturation par des médecins, sauf si le médecin a fait un choix toujours en vigueur à cet égard. L'accès aux services assurés est fourni selon des modalités uniformes. Pour éviter que l'éloignement et les frais de déplacement n'entravent l'accès, le gouvernement du Nunavut fournit une aide aux déplacements pour raisons médicales. Des services d'interprétation en inuktitut sont également offerts aux patients dans les milieux de soins.

L'Hôpital général Qikiqtani, à Iqaluit, est le seul établissement hospitalier de soins de courte durée en activité au Nunavut. Il a au total 35 lits pour des soins de courte durée, des soins de réadaptation, des soins palliatifs et des soins aux malades chroniques. Il compte aussi six lits pour les chirurgies d'un jour et quatre lits pour le rétablissement. L'hôpital fournit des services aux malades hospitalisés et externes ainsi que des services d'urgence 24 heures sur 24. Les médecins de l'établissement

assurent les services d'urgence à tour de rôle. Les services médicaux disponibles sont les soins ambulatoires et de consultations externes, certains soins intensifs, de même que les soins médicaux généraux, les soins de maternité et les soins palliatifs. En chirurgie, des interventions mineures en orthopédie, en gynécologie, en pédiatrie, en chirurgie abdominale générale, en traumatologie d'urgence et en otorhinolaryngologie sont pratiquées. Les patients qui ont besoin d'opérations spécialisées sont envoyés ailleurs au Canada. Les services de diagnostic comprennent les services de radiologie, de laboratoire et d'électrocardiogramme. Les services de réadaptation sont offerts uniquement à Iqaluit. Même si les postes d'infirmières et d'autres professionnels de la santé n'étaient pas tous pourvus, les services de base ont été fournis en 2009-2010.

À l'extérieur d'Iqaluit, des services infirmiers aux patients externes et des services infirmiers d'urgence 24 heures sur 24 sont offerts par des centres de santé locaux situés dans les 24 autres collectivités du Nunavut. Des services de télésanté sont disponibles dans les 25 collectivités du Nunavut. L'objectif à long terme est d'intégrer la télésanté dans le système de prestation de soins primaires, permettant ainsi aux habitants du Nunavut d'avoir plus facilement accès à une gamme plus étendue d'options de services et aux fournisseurs de services et aux collectivités d'utiliser les ressources plus efficacement.

Le Nunavut a conclu des accords avec un certain nombre d'autorités sanitaires régionales à l'extérieur du territoire et avec des établissements particuliers à l'égard de la prestation de services par des médecins spécialistes et d'autres professionnels de la santé itinérants. Les services spécialisés suivants ont été offerts au Nunavut en 2009-2010 dans le cadre du programme des spécialistes itinérants : ophtalmologie, orthopédie, médecine interne, otorhinolaryngologie, neurologie, rhumatologie, dermatologie, pédiatrie, obstétrique, physiothérapie, ergothérapie, psychiatrie et chirurgie buccale et maxillo-faciale. Les consultations de spécialistes itinérants sont offertes en fonction de la demande et de la disponibilité des spécialistes.

Le réseau de télésanté du Nunavut, qui relie l'ensemble des 25 collectivités, permet la prestation à distance d'une gamme étendue de services : consultations de spécialistes comme les dermatologues, les psychiatres et les internistes; les services de réadaptation; les séances de counseling sur une base régulière; les visites d'un membre de la famille; l'enseignement médical continu.

Lorsque le matériel et les services ne sont pas accessibles au Nunavut, les patients sont dirigés vers d'autres administrations.

5.2 Rémunération des médecins

Tous les médecins qui travaillent à temps plein au Nunavut sont rémunérés en vertu d'un contrat avec le ministère, qui en fixe les modalités. Les médecins consultants itinérants sont rémunérés à la journée ou à l'acte.

5.3 Paiements aux hôpitaux

Le financement de l'Hôpital général Qiqiktani, des établissements de santé régionaux et des centres de santé communautaire est versé dans le cadre du processus budgétaire du gouvernement du Nunavut.

6.0 RECONNAISSANCE ACCORDÉE AUX TRANSFERTS FÉDÉRAUX

Les communiqués de presse et la couverture médiatique permettent d'informer les Nunavummiut concernant les contributions fédérales en cours. Le gouvernement du Nunavut a également fait état de la contribution fédérale reçue au titre du Transfert canadien en matière de santé dans diverses publications, y compris les documents suivants publiés en 2009-2010 :

- Discours du budget de 2009-2010;
- Plan d'activités du gouvernement du Nunavut de 2009-2010.

PERSONNES INSCRITES					
	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
1. Nombre en date du 31 mars (#).	31 172	30 104	31 412	32 207	33 540

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE					
Établissements publics	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
2. Nombre (#).	28	28	28	28	28
3. Paiement des services de santé assurés (\$).	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Établissements privés à but lucratif	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
4. Nombre d'établissements privés à but lucratif offrant des services de santé assurés (#).	0	0	0	0	0
5. Paiements aux établissements privés à but lucratif pour des services de santé assurés (\$).	0	0	0	0	0

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS AUX RÉSIDENTS DANS UNE AUTRE PROVINCE OU UN AUTRE TERRITOIRE					
	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
6. Nombre total de demandes – malades hospitalisés (#).	2 752	2 761	2 255	2 841	2 890
7. Total des paiements – malades hospitalisés (\$).	18 179 969	21 829 373	19 001 348	26 481 948	30 013 566
8. Nombre total de demandes – malades externes (#).	17 269	16 242	15 192	19 579	18 270
9. Total des paiements – malades externes (\$).	3 719 884	3 652 515	3 659 654	6 631 568	5 985 808

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA					
10. Nombre total de demandes – malades hospitalisés (#).	1	0	0	0	0
11. Total des paiements – malades hospitalisés (\$).	954	0	0	0	0
12. Nombre total de demandes – malades externes (#).	16	5	0	0	0
13. Total des paiements – malades externes (\$).	2 637	1 105	0	0	0

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE

	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
14. Nombre de médecins participants (#).	135	127	156	218	225
15. Nombre de médecins ayant opté pour le retrait du régime d'assurance-santé (#).	0	0	0	0	0
16. Nombre de médecins non participants (#).	0	0	0	0	0
17. Paiements totaux des services médicaux rémunérés pour l'ensemble des méthodes de paiement (\$).	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
18. Total des paiements pour services médicaux rémunérés à l'acte (\$). ⁷	2 863 075	2 380 746	2 158 549	1 021 829	300 980

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

	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
19. Nombre de services (#).	57 332	59 121	53 022	65 171	72 065
20. Total des paiements (\$).	3 471 307	3 623 163	3 845 570	4 768 388	5 585 067

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA

21. Nombre de services (#).	36	5	15	36	17
22. Total des paiements (\$).	2 459	1 105	796	2 458	4 848

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

	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
23. Nombre de dentistes participants (#).	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
24. Nombre de services fournis (#).	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
25. Total des paiements (\$).	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.

7. Le Nunavut ne rémunère pas les médecins à l'acte. La majorité des médecins sont plutôt rémunérés au moyen de salaires et d'autres méthodes. L'information sur les médecins salariés est signalée par le biais du système de facturation pro forma. Les chiffres incluent les factures pro forma. Les spécialistes qui arrivent du sud par avion sont payés à l'acte.



ANNEXE A

LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ ET RÈGLEMENT CONCERNANT LES RENSEIGNEMENTS SUR LA SURFACTURATION ET LES FRAIS MODÉRATEURS

La présente annexe offre au lecteur une codification administrative de la *Loi canadienne sur la santé* et du Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs. Une codification administrative est une interprétation de la Loi initiale et comprend toute modification apportée depuis l'adoption de la Loi. Le Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs est le seul règlement prévu par la Loi. En vertu de ce Règlement, les provinces et les territoires doivent fournir une estimation des montants de la surfacturation et des frais modérateurs avant le début

de chaque exercice financier afin que les pénalités appropriées puissent être perçues. Les provinces et les territoires doivent aussi présenter les états financiers indiquant les montants réellement facturés afin de permettre le rapprochement avec les frais estimatifs éventuels. Le Règlement est également présenté sous forme de codification administrative. Cette codification, qui n'a aucune valeur officielle, était à jour en octobre 2009. La présente codification administrative de la *Loi canadienne sur la santé* n'est préparée que pour la commodité du lecteur. Veuillez communiquer avec le ministère de la Justice pour obtenir la version officielle.





CANADA

CONSOLIDATION

CODIFICATION

Canada Health Act

Loi canadienne sur la
santé

CHAPTER C-6

CHAPITRE C-6

Published by the Minister of Justice at the following address:
<http://laws-lois.justice.gc.ca>

Publié par le ministre de la Justice à l'adresse suivante :
<http://laws-lois.justice.gc.ca>

OFFICIAL STATUS
OF CONSOLIDATIONS

CARACTERE OFFICIEL
DES CODIFICATIONS

Subsections 31(1) and (2) of the *Legislation Revision and Consolidation Act*, in force on June 1, 2009, provide as follows:

Les paragraphes 31(1) et (2) de la *Loi sur la révision et la codification des textes législatifs*, en vigueur le 1^{er} juin 2009, prévoient ce qui suit :

Published
consolidation is
evidence

31. (1) Every copy of a consolidated statute or consolidated regulation published by the Minister under this Act in either print or electronic form is evidence of that statute or regulation and of its contents and every copy purporting to be published by the Minister is deemed to be so published, unless the contrary is shown.

31. (1) Tout exemplaire d'une loi codifiée ou d'un règlement codifié, publié par le ministre en vertu de la présente loi sur support papier ou sur support électronique, fait foi de cette loi ou de ce règlement et de son contenu. Tout exemplaire donné comme publié par le ministre est réputé avoir été ainsi publié, sauf preuve contraire.

Codifications
comme élément
de preuve

Inconsistencies
in Acts

(2) In the event of an inconsistency between a consolidated statute published by the Minister under this Act and the original statute or a subsequent amendment as certified by the Clerk of the Parliaments under the *Publication of Statutes Act*, the original statute or amendment prevails to the extent of the inconsistency.

(2) Les dispositions de la loi d'origine avec ses modifications subséquentes par le greffier des Parlements en vertu de la *Loi sur la publication des lois* l'emportent sur les dispositions incompatibles de la loi codifiée publiée par le ministre en vertu de la présente loi.

Incompatibilité
— lois



CHAPTER C-6

CHAPITRE C-6

An Act relating to cash contributions by Canada and relating to criteria and conditions in respect of insured health services and extended health care services

Loi concernant les contributions pécuniaires du Canada ainsi que les principes et conditions applicables aux services de santé assurés et aux services complémentaires de santé

Preamble

WHEREAS the Parliament of Canada recognizes:

—that it is not the intention of the Government of Canada that any of the powers, rights, privileges or authorities vested in Canada or the provinces under the provisions of the *Constitution Act, 1867*, or any amendments thereto, or otherwise, be by reason of this Act abrogated or derogated from or in any way impaired;

—that Canadians, through their system of insured health services, have made outstanding progress in treating sickness and alleviating the consequences of disease and disability among all income groups;

—that Canadians can achieve further improvements in their well-being through combining individual lifestyles that emphasize fitness, prevention of disease and health promotion with collective action against the social, environmental and occupational causes of disease, and that they desire a system of health services that will promote physical and mental health and protection against disease;

—that future improvements in health will require the cooperative partnership of governments, health professionals, voluntary organizations and individual Canadians;

—that continued access to quality health care without financial or other barriers will be critical to maintaining and improving the health and well-being of Canadians;

Considérant que le Parlement du Canada reconnaît:

que le gouvernement du Canada n'entend pas par la présente loi abroger les pouvoirs, droits, privilèges ou autorités dévolus au Canada ou aux provinces sous le régime de la *Loi constitutionnelle de 1867* et de ses modifications ou à tout autre titre, ni leur déroger ou porter atteinte,

que les Canadiens ont fait des progrès remarquables, grâce à leur système de services de santé assurés, dans le traitement des maladies et le soulagement des affections et déficiences parmi toutes les catégories socio-économiques,

que les Canadiens peuvent encore améliorer leur bien-être en joignant à un mode de vie individuel axé sur la condition physique, la prévention des maladies et la promotion de la santé, une action collective contre les causes sociales, environnementales ou industrielles des maladies et qu'ils désirent un système de services de santé qui favorise la santé physique et mentale et la protection contre les maladies,

que les améliorations futures dans le domaine de la santé nécessiteront la coopération des gouvernements, des professionnels de la santé, des organismes bénévoles et des citoyens canadiens,

que l'accès continu à des soins de santé de qualité, sans obstacle financier ou autre, sera déterminant pour la conservation et l'amélioration de la santé et du bien-être des Canadiens;

Préambule

AND WHEREAS the Parliament of Canada wishes to encourage the development of health services throughout Canada by assisting the provinces in meeting the costs thereof;

considérant en outre que le Parlement du Canada souhaite favoriser le développement des services de santé dans tout le pays en aidant les provinces à en supporter le coût,

NOW, THEREFORE, Her Majesty, by and with the advice and consent of the Senate and House of Commons of Canada, enacts as follows:

Sa Majesté, sur l'avis et avec le consentement du Sénat et de la Chambre des communes du Canada, édicte :

SHORT TITLE

TITRE ABRÉGÉ

Short title **1.** This Act may be cited as the *Canada Health Act*.
1984, c. 6, s. 1.

1. *Loi canadienne sur la santé*.
1984, ch. 6, art. 1. Titre abrégé

INTERPRETATION

DÉFINITIONS

Definitions **2.** In this Act,
“Act of 1977” [Repealed, 1995, c. 17, s. 34]

2. Les définitions qui suivent s'appliquent à la présente loi. Définitions

“cash contribution”
« contribution pécuniaire »
“cash contribution” means the cash contribution in respect of the Canada Health and Social Transfer that may be provided to a province under subsections 15(1) and (4) of the *Federal-Provincial Fiscal Arrangements Act*;

« assuré » Habitant d'une province, à l'exception :

- a) des membres des Forces canadiennes;
- b) des membres de la Gendarmerie royale du Canada nommés à un grade;

“contribution” [Repealed, 1995, c. 17, s. 34]
“dentist” means a person lawfully entitled to practise dentistry in the place in which the practice is carried on by that person;

c) des personnes purgeant une peine d'emprisonnement dans un pénitencier, au sens de la Partie I de la *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition*;

“extended health care services”
« services complémentaires de santé »
“extended health care services” means the following services, as more particularly defined in the regulations, provided for residents of a province, namely,

d) des habitants de la province qui s'y trouvent depuis une période de temps inférieure au délai minimal de résidence ou de carence d'au plus trois mois imposé aux habitants par la province pour qu'ils soient admissibles ou aient droit aux services de santé assurés.

- (a) nursing home intermediate care service,
- (b) adult residential care service,
- (c) home care service, and
- (d) ambulatory health care service;

« contribution » [Abrogée, 1995, ch. 17, art. 34]

“extra-billing”
« surfacturation »
“extra-billing” means the billing for an insured health service rendered to an insured person by a medical practitioner or a dentist in an amount in addition to any amount paid or to be paid for that service by the health care insurance plan of a province;

« contribution pécuniaire »
« cash contribution »
« contribution pécuniaire » La contribution au titre du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux qui peut être versée à une province au titre des paragraphes 15(1) et (4) de la *Loi sur les arrangements fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces*.

“health care insurance plan”
« régime d'assurance-santé »
“health care insurance plan” means, in relation to a province, a plan or plans established by the law of the province to provide for insured health services;

« dentiste » Personne légalement autorisée à exercer la médecine dentaire au lieu où elle se livre à cet exercice. « dentiste »
“dentist”

« frais modérateurs » Frais d'un service de santé assuré autorisés ou permis par un régime pro- « frais modérateurs »
“user charge”

“health care practitioner”
« *professionnel de la santé* »

“health care practitioner” means a person lawfully entitled under the law of a province to provide health services in the place in which the services are provided by that person;

“hospital”
« *hôpital* »

“hospital” includes any facility or portion thereof that provides hospital care, including acute, rehabilitative or chronic care, but does not include

(a) a hospital or institution primarily for the mentally disordered, or

(b) a facility or portion thereof that provides nursing home intermediate care service or adult residential care service, or comparable services for children;

“hospital services”
« *services hospitaliers* »

“hospital services” means any of the following services provided to in-patients or out-patients at a hospital, if the services are medically necessary for the purpose of maintaining health, preventing disease or diagnosing or treating an injury, illness or disability, namely,

(a) accommodation and meals at the standard or public ward level and preferred accommodation if medically required,

(b) nursing service,

(c) laboratory, radiological and other diagnostic procedures, together with the necessary interpretations,

(d) drugs, biologicals and related preparations when administered in the hospital,

(e) use of operating room, case room and anaesthetic facilities, including necessary equipment and supplies,

(f) medical and surgical equipment and supplies,

(g) use of radiotherapy facilities,

(h) use of physiotherapy facilities, and

(i) services provided by persons who receive remuneration therefor from the hospital,

but does not include services that are excluded by the regulations;

“insured health services”
« *services de santé assurés* »

“insured health services” means hospital services, physician services and surgical-dental services provided to insured persons, but does not include any health services that a person is entitled to and eligible for under any other Act of Parliament or under any Act of the legisla-

vincial d’assurance-santé mais non payables, soit directement soit indirectement, au titre d’un régime provincial d’assurance-santé, à l’exception des frais imposés par surfacturation.

« *habitant* » Personne domiciliée et résidant habituellement dans une province et légalement autorisée à être ou à rester au Canada, à l’exception d’une personne faisant du tourisme, de passage ou en visite dans la province.

« *habitant* »
« *resident* »

« *hôpital* » Sont compris parmi les hôpitaux tout ou partie des établissements où sont fournis des soins hospitaliers, notamment aux personnes souffrant de maladie aiguë ou chronique ainsi qu’en matière de réadaptation, à l’exception :

« *hôpital* »
« *hospital* »

a) des hôpitaux ou institutions destinés principalement aux personnes souffrant de troubles mentaux;

b) de tout ou partie des établissements où sont fournis des soins intermédiaires en maison de repos ou des soins en établissement pour adultes ou des soins comparables pour les enfants.

« *loi de 1977* » [Abrogée, 1995, ch. 17, art. 34]

« *médecin* » Personne légalement autorisée à exercer la médecine au lieu où elle se livre à cet exercice.

« *médecin* »
« *medical practitioner* »

« *ministre* » Le ministre de la Santé.

« *ministre* »
« *Minister* »

« *professionnel de la santé* » Personne légalement autorisée en vertu de la loi d’une province à fournir des services de santé au lieu où elle les fournit.

« *professionnel de la santé* »
« *health care practitioner* »

« *régime d’assurance-santé* » Le régime ou les régimes constitués par la loi d’une province en vue de la prestation de services de santé assurés.

« *régime d’assurance-santé* »
« *health care insurance plan* »

« *services complémentaires de santé* » Les services définis dans les règlements et offerts aux habitants d’une province, à savoir :

« *services complémentaires de santé* »
« *extended health care services* »

a) les soins intermédiaires en maison de repos;

b) les soins en établissement pour adultes;

c) les soins à domicile;

d) les soins ambulatoires.

	ture of a province that relates to workers' or workmen's compensation;		
"insured person" « assuré »	"insured person" means, in relation to a province, a resident of the province other than (a) a member of the Canadian Forces, (b) a member of the Royal Canadian Mounted Police who is appointed to a rank therein, (c) a person serving a term of imprisonment in a penitentiary as defined in the <i>Penitentiary Act</i> , or (d) a resident of the province who has not completed such minimum period of residence or waiting period, not exceeding three months, as may be required by the province for eligibility for or entitlement to insured health services;		« services de chirurgie dentaire » Actes de chirurgie dentaire nécessaires sur le plan médical ou dentaire, accomplis par un dentiste dans un hôpital, et qui ne peuvent être accomplis convenablement qu'en un tel établissement. « services de santé assurés » Services hospitaliers, médicaux ou de chirurgie dentaire fournis aux assurés, à l'exception des services de santé auxquels une personne a droit ou est admissible en vertu d'une autre loi fédérale ou d'une loi provinciale relative aux accidents du travail. « services hospitaliers » Services fournis dans un hôpital aux malades hospitalisés ou externes, si ces services sont médicalement nécessaires pour le maintien de la santé, la prévention des maladies ou le diagnostic ou le traitement des blessures, maladies ou invalidités, à savoir :
"medical practitioner" « médecin »	"medical practitioner" means a person lawfully entitled to practise medicine in the place in which the practice is carried on by that person;		a) l'hébergement et la fourniture des repas en salle commune ou, si médicalement nécessaire, en chambre privée ou semi-privée;
"Minister" « ministre »	"Minister" means the Minister of Health;		b) les services infirmiers;
"physician services" « services médicaux »	"physician services" means any medically required services rendered by medical practitioners;		c) les actes de laboratoires, de radiologie ou autres actes de diagnostic, ainsi que les interprétations nécessaires;
"resident" « habitant »	"resident" means, in relation to a province, a person lawfully entitled to be or to remain in Canada who makes his home and is ordinarily present in the province, but does not include a tourist, a transient or a visitor to the province;		d) les produits pharmaceutiques, substances biologiques et préparations connexes administrés à l'hôpital;
"surgical-dental services" « services de chirurgie dentaire »	"surgical-dental services" means any medically or dentally required surgical-dental procedures performed by a dentist in a hospital, where a hospital is required for the proper performance of the procedures;		e) l'usage des salles d'opération, des salles d'accouchement et des installations d'anesthésie, ainsi que le matériel et les fournitures nécessaires;
"user charge" « frais modérateurs »	"user charge" means any charge for an insured health service that is authorized or permitted by a provincial health care insurance plan that is not payable, directly or indirectly, by a provincial health care insurance plan, but does not include any charge imposed by extra-billing. R.S., 1985, c. C-6, s. 2; 1992, c. 20, s. 216(F); 1995, c. 17, s. 34; 1996, c. 8, s. 32; 1999, c. 26, s. 11.		f) le matériel et les fournitures médicaux et chirurgicaux;
			g) l'usage des installations de radiothérapie;
			h) l'usage des installations de physiothérapie;
			i) les services fournis par les personnes rémunérées à cet effet par l'hôpital.
			Ne sont pas compris parmi les services hospitaliers les services exclus par les règlements.
			« services médicaux » Services médicalement nécessaires fournis par un médecin.
			« surfacturation » Facturation de la prestation à un assuré par un médecin ou un dentiste d'un service de santé assuré, en excédent par rapport

	CANADIAN HEALTH CARE POLICY		POLITIQUE CANADIENNE DE LA SANTÉ	
Primary objective of Canadian health care policy	<p>3. It is hereby declared that the primary objective of Canadian health care policy is to protect, promote and restore the physical and mental well-being of residents of Canada and to facilitate reasonable access to health services without financial or other barriers.</p> <p>1984, c. 6, s. 3.</p>		<p>au montant payé ou à payer pour la prestation de ce service au titre du régime provincial d'assurance-santé.</p> <p>L.R. (1985), ch. C-6, art. 2; 1992, ch. 20, art. 216(F); 1995, ch. 17, art. 34; 1996, ch. 8, art. 32; 1999, ch. 26, art. 11.</p>	Objectif premier
	PURPOSE		RAISON D'ÊTRE	
Purpose of this Act	<p>4. The purpose of this Act is to establish criteria and conditions in respect of insured health services and extended health care services provided under provincial law that must be met before a full cash contribution may be made.</p> <p>R.S., 1985, c. C-6, s. 4; 1995, c. 17, s. 35.</p>		<p>4. La présente loi a pour raison d'être d'établir les conditions d'octroi et de versement d'une pleine contribution pécuniaire pour les services de santé assurés et les services complémentaires de santé fournis en vertu de la loi d'une province.</p> <p>L.R. (1985), ch. C-6, art. 4; 1995, ch. 17, art. 35.</p>	Raison d'être de la présente loi
	CASH CONTRIBUTION		CONTRIBUTION PÉCUNIAIRE	
Cash contribution	<p>5. Subject to this Act, as part of the Canada Health and Social Transfer, a full cash contribution is payable by Canada to each province for each fiscal year.</p> <p>R.S., 1985, c. C-6, s. 5; 1995, c. 17, s. 36.</p> <p>6. [Repealed, 1995, c. 17, s. 36]</p>		<p>5. Sous réserve des autres dispositions de la présente loi, le Canada verse à chaque province, pour chaque exercice, une pleine contribution pécuniaire à titre d'élément du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (ci-après, Transfert).</p> <p>L.R. (1985), ch. C-6, art. 5; 1995, ch. 17, art. 36.</p> <p>6. [Abrogé, 1995, ch. 17, art. 36]</p>	Contribution pécuniaire
	PROGRAM CRITERIA		CONDITIONS D'OCTROI	
Program criteria	<p>7. In order that a province may qualify for a full cash contribution referred to in section 5 for a fiscal year, the health care insurance plan of the province must, throughout the fiscal year, satisfy the criteria described in sections 8 to 12 respecting the following matters:</p> <p>(a) public administration;</p> <p>(b) comprehensiveness;</p> <p>(c) universality;</p> <p>(d) portability; and</p> <p>(e) accessibility.</p> <p>1984, c. 6, s. 7.</p>		<p>7. Le versement à une province, pour un exercice, de la pleine contribution pécuniaire visée à l'article 5 est assujetti à l'obligation pour le régime d'assurance-santé de satisfaire, pendant tout cet exercice, aux conditions d'octroi énumérées aux articles 8 à 12 quant à :</p> <p>a) la gestion publique;</p> <p>b) l'intégralité;</p> <p>c) l'universalité;</p> <p>d) la transférabilité;</p> <p>e) l'accessibilité.</p> <p>1984, ch. 6, art. 7.</p>	Règle générale

Public administration

8. (1) In order to satisfy the criterion respecting public administration,

(a) the health care insurance plan of a province must be administered and operated on a non-profit basis by a public authority appointed or designated by the government of the province;

(b) the public authority must be responsible to the provincial government for that administration and operation; and

(c) the public authority must be subject to audit of its accounts and financial transactions by such authority as is charged by law with the audit of the accounts of the province.

Designation of agency permitted

(2) The criterion respecting public administration is not contravened by reason only that the public authority referred to in subsection (1) has the power to designate any agency

(a) to receive on its behalf any amounts payable under the provincial health care insurance plan; or

(b) to carry out on its behalf any responsibility in connection with the receipt or payment of accounts rendered for insured health services, if it is a condition of the designation that all those accounts are subject to assessment and approval by the public authority and that the public authority shall determine the amounts to be paid in respect thereof.

1984, c. 6, s. 8.

Comprehensiveness

9. In order to satisfy the criterion respecting comprehensiveness, the health care insurance plan of a province must insure all insured health services provided by hospitals, medical practitioners or dentists, and where the law of the province so permits, similar or additional services rendered by other health care practitioners.

1984, c. 6, s. 9.

Universality

10. In order to satisfy the criterion respecting universality, the health care insurance plan of a province must entitle one hundred per cent of the insured persons of the province to the insured health services provided for by the plan on uniform terms and conditions.

1984, c. 6, s. 10.

8. (1) La condition de gestion publique suppose que :

a) le régime provincial d'assurance-santé soit géré sans but lucratif par une autorité publique nommée ou désignée par le gouvernement de la province;

b) l'autorité publique soit responsable devant le gouvernement provincial de cette gestion;

c) l'autorité publique soit assujettie à la vérification de ses comptes et de ses opérations financières par l'autorité chargée par la loi de la vérification des comptes de la province.

Gestion publique

(2) La condition de gestion publique n'est pas enfreinte du seul fait que l'autorité publique visée au paragraphe (1) a le pouvoir de désigner un mandataire chargé :

a) soit de recevoir en son nom les montants payables au titre du régime provincial d'assurance-santé;

b) soit d'exercer en son nom les attributions liées à la réception ou au règlement des comptes remis pour prestation de services de santé assurés si la désignation est assujettie à la vérification et à l'approbation par l'autorité publique des comptes ainsi remis et à la détermination par celle-ci des montants à payer à cet égard.

1984, ch. 6, art. 8.

Désignation d'un mandataire

9. La condition d'intégralité suppose qu'au titre du régime provincial d'assurance-santé, tous les services de santé assurés fournis par les hôpitaux, les médecins ou les dentistes soient assurés, et lorsque la loi de la province le permet, les services semblables ou additionnels fournis par les autres professionnels de la santé.

1984, ch. 6, art. 9.

Intégralité

10. La condition d'universalité suppose qu'au titre du régime provincial d'assurance-santé, cent pour cent des assurés de la province ait droit aux services de santé assurés prévus par celui-ci, selon des modalités uniformes.

1984, ch. 6, art. 10.

Universnalité

11. (1) In order to satisfy the criterion respecting portability, the health care insurance plan of a province

(a) must not impose any minimum period of residence in the province, or waiting period, in excess of three months before residents of the province are eligible for or entitled to insured health services;

(b) must provide for and be administered and operated so as to provide for the payment of amounts for the cost of insured health services provided to insured persons while temporarily absent from the province on the basis that

(i) where the insured health services are provided in Canada, payment for health services is at the rate that is approved by the health care insurance plan of the province in which the services are provided, unless the provinces concerned agree to apportion the cost between them in a different manner, or

(ii) where the insured health services are provided out of Canada, payment is made on the basis of the amount that would have been paid by the province for similar services rendered in the province, with due regard, in the case of hospital services, to the size of the hospital, standards of service and other relevant factors; and

(c) must provide for and be administered and operated so as to provide for the payment, during any minimum period of residence, or any waiting period, imposed by the health care insurance plan of another province, of the cost of insured health services provided to persons who have ceased to be insured persons by reason of having become residents of that other province, on the same basis as though they had not ceased to be residents of the province.

Requirement for consent for elective insured health services permitted

(2) The criterion respecting portability is not contravened by a requirement of a provincial health care insurance plan that the prior consent of the public authority that administers and operates the plan must be obtained for elective insured health services provided to a resident of the province while temporarily absent from the province if the services in question were avail-

11. (1) La condition de transférabilité suppose que le régime provincial d'assurance-santé :

a) n'impose pas de délai minimal de résidence ou de carence supérieur à trois mois aux habitants de la province pour qu'ils soient admissibles ou aient droit aux services de santé assurés;

b) prévoit et que ses modalités d'application assurent le paiement des montants pour le coût des services de santé assurés fournis à des assurés temporairement absents de la province :

(i) si ces services sont fournis au Canada, selon le taux approuvé par le régime d'assurance-santé de la province où ils sont fournis, sauf accord de répartition différente du coût entre les provinces concernées,

(ii) s'il sont fournis à l'étranger, selon le montant qu'aurait versé la province pour des services semblables fournis dans la province, compte tenu, s'il s'agit de services hospitaliers, de l'importance de l'hôpital, de la qualité des services et des autres facteurs utiles;

c) prévoit et que ses modalités d'application assurent la prise en charge, pendant le délai minimal de résidence ou de carence imposé par le régime d'assurance-santé d'une autre province, du coût des services de santé assurés fournis aux personnes qui ne sont plus assurées du fait qu'elles habitent cette province, dans les mêmes conditions que si elles habitaient encore leur province d'origine.

(2) La condition de transférabilité n'est pas enfreinte du fait qu'il faut, aux termes du régime d'assurance-santé d'une province, le consentement préalable de l'autorité publique qui le gère pour la prestation de services de santé assurés facultatifs à un habitant temporairement absent de la province, si ces services y sont offerts selon des modalités sensiblement comparables.

Consentement préalable à la prestation des services de santé assurés facultatifs

able on a substantially similar basis in the province.

Definition of "elective insured health services"

(3) For the purpose of subsection (2), "elective insured health services" means insured health services other than services that are provided in an emergency or in any other circumstance in which medical care is required without delay.

1984, c. 6, s. 11.

Accessibility

12. (1) In order to satisfy the criterion respecting accessibility, the health care insurance plan of a province

(a) must provide for insured health services on uniform terms and conditions and on a basis that does not impede or preclude, either directly or indirectly whether by charges made to insured persons or otherwise, reasonable access to those services by insured persons;

(b) must provide for payment for insured health services in accordance with a tariff or system of payment authorized by the law of the province;

(c) must provide for reasonable compensation for all insured health services rendered by medical practitioners or dentists; and

(d) must provide for the payment of amounts to hospitals, including hospitals owned or operated by Canada, in respect of the cost of insured health services.

Reasonable compensation

(2) In respect of any province in which extra-billing is not permitted, paragraph (1)(c) shall be deemed to be complied with if the province has chosen to enter into, and has entered into, an agreement with the medical practitioners and dentists of the province that provides

(a) for negotiations relating to compensation for insured health services between the province and provincial organizations that represent practising medical practitioners or dentists in the province;

(b) for the settlement of disputes relating to compensation through, at the option of the appropriate provincial organizations referred to in paragraph (a), conciliation or binding arbitration by a panel that is equally representative of the provincial organizations and

(3) Pour l'application du paragraphe (2), «services de santé assurés facultatifs» s'entend des services de santé assurés, à l'exception de ceux qui sont fournis d'urgence ou dans d'autres circonstances où des soins médicaux sont requis sans délai.

1984, ch. 6, art. 11.

Définition de « services de santé assurés facultatifs »

Accessibilité

12. (1) La condition d'accessibilité suppose que le régime provincial d'assurance-santé :

a) offre les services de santé assurés selon des modalités uniformes et ne fasse pas obstacle, directement ou indirectement, et notamment par facturation aux assurés, à un accès satisfaisant par eux à ces services;

b) prévoit la prise en charge des services de santé assurés selon un tarif ou autre mode de paiement autorisé par la loi de la province;

c) prévoit une rémunération raisonnable de tous les services de santé assurés fournis par les médecins ou les dentistes;

d) prévoit le versement de montants aux hôpitaux, y compris les hôpitaux que possède ou gère le Canada, à l'égard du coût des services de santé assurés.

Rémunération raisonnable

(2) Pour toute province où la surfacturation n'est pas permise, il est réputé être satisfait à l'alinéa (1)c) si la province a choisi de conclure un accord et a effectivement conclu un accord avec ses médecins et dentistes prévoyant :

a) la tenue de négociations sur la rémunération des services de santé assurés entre la province et les organisations provinciales représentant les médecins ou dentistes qui exercent dans la province;

b) le règlement des différends concernant la rémunération par, au choix des organisations provinciales compétentes visées à l'alinéa a), soit la conciliation soit l'arbitrage obligatoire par un groupe représentant également les organisations provinciales et la province et ayant un président indépendant;

the province and that has an independent chairman; and

(c) that a decision of a panel referred to in paragraph (b) may not be altered except by an Act of the legislature of the province.

1984, c. 6, s. 12.

CONDITIONS FOR CASH CONTRIBUTION

Conditions

13. In order that a province may qualify for a full cash contribution referred to in section 5, the government of the province

(a) shall, at the times and in the manner prescribed by the regulations, provide the Minister with such information, of a type prescribed by the regulations, as the Minister may reasonably require for the purposes of this Act; and

(b) shall give recognition to the Canada Health and Social Transfer in any public documents, or in any advertising or promotional material, relating to insured health services and extended health care services in the province.

R.S., 1985, c. C-6, s. 13; 1995, c. 17, s. 37.

DEFAULTS

Referral to Governor in Council

14. (1) Subject to subsection (3), where the Minister, after consultation in accordance with subsection (2) with the minister responsible for health care in a province, is of the opinion that

(a) the health care insurance plan of the province does not or has ceased to satisfy any one of the criteria described in sections 8 to 12, or

(b) the province has failed to comply with any condition set out in section 13,

and the province has not given an undertaking satisfactory to the Minister to remedy the default within a period that the Minister considers reasonable, the Minister shall refer the matter to the Governor in Council.

Consultation process

(2) Before referring a matter to the Governor in Council under subsection (1) in respect of a province, the Minister shall

(a) send by registered mail to the minister responsible for health care in the province a notice of concern with respect to any problem foreseen;

c) l'impossibilité de modifier la décision du groupe visé à l'alinéa b), sauf par une loi de la province.

1984, ch. 6, art. 12.

CONTRIBUTION PÉCUNIAIRE ASSUJETTIE À DES CONDITIONS

13. Le versement à une province de la pleine contribution pécuniaire visée à l'article 5 est assujetti à l'obligation pour le gouvernement de la province :

a) de communiquer au ministre, selon les modalités de temps et autres prévues par les règlements, les renseignements du genre prévu aux règlements, dont celui-ci peut normalement avoir besoin pour l'application de la présente loi;

b) de faire état du Transfert dans tout document public ou toute publicité sur les services de santé assurés et les services complémentaires de santé dans la province.

L.R. (1985), ch. C-6, art. 13; 1995, ch. 17, art. 37.

Obligations de la province

MANQUEMENTS

14. (1) Sous réserve du paragraphe (3), dans le cas où il estime, après avoir consulté conformément au paragraphe (2) son homologue chargé de la santé dans une province :

a) soit que le régime d'assurance-santé de la province ne satisfait pas ou plus aux conditions visées aux articles 8 à 12;

b) soit que la province ne s'est pas conformée aux conditions visées à l'article 13,

et que celle-ci ne s'est pas engagée de façon satisfaisante à remédier à la situation dans un délai suffisant, le ministre renvoie l'affaire au gouverneur en conseil.

Renvoi au gouverneur en conseil

(2) Avant de renvoyer une affaire au gouverneur en conseil conformément au paragraphe (1) relativement à une province, le ministre :

a) envoie par courrier recommandé à son homologue chargé de la santé dans la province un avis sur tout problème éventuel;

Étapes de la consultation

	<p>(b) seek any additional information available from the province with respect to the problem through bilateral discussions, and make a report to the province within ninety days after sending the notice of concern; and</p> <p>(c) if requested by the province, meet within a reasonable period of time to discuss the report.</p>	<p>b) tente d'obtenir de la province, par discussions bilatérales, tout renseignement additionnel disponible sur le problème et fait rapport à la province dans les quatre-vingt-dix jours suivant l'envoi de l'avis;</p> <p>c) si la province le lui demande, tient une réunion dans un délai acceptable afin de discuter du rapport.</p>	
<p>Where no consultation can be achieved</p>	<p>(3) The Minister may act without consultation under subsection (1) if the Minister is of the opinion that a sufficient time has expired after reasonable efforts to achieve consultation and that consultation will not be achieved.</p> <p>1984, c. 6, s. 14.</p>	<p>(3) Le ministre peut procéder au renvoi prévu au paragraphe (1) sans consultation préalable s'il conclut à l'impossibilité d'obtenir cette consultation malgré des efforts sérieux déployés à cette fin au cours d'un délai convenable.</p> <p>1984, ch. 6, art. 14.</p>	<p>Impossibilité de consultation</p>
<p>Order reducing or withholding contribution</p>	<p>15. (1) Where, on the referral of a matter under section 14, the Governor in Council is of the opinion that the health care insurance plan of a province does not or has ceased to satisfy any one of the criteria described in sections 8 to 12 or that a province has failed to comply with any condition set out in section 13, the Governor in Council may, by order,</p> <p>(a) direct that any cash contribution to that province for a fiscal year be reduced, in respect of each default, by an amount that the Governor in Council considers to be appropriate, having regard to the gravity of the default; or</p> <p>(b) where the Governor in Council considers it appropriate, direct that the whole of any cash contribution to that province for a fiscal year be withheld.</p>	<p>15. (1) Si l'affaire lui est renvoyée en vertu de l'article 14 et qu'il estime que le régime d'assurance-santé de la province ne satisfait pas ou plus aux conditions visées aux articles 8 à 12 ou que la province ne s'est pas conformée aux conditions visées à l'article 13, le gouverneur en conseil peut, par décret :</p> <p>a) soit ordonner, pour chaque manquement, que la contribution pécuniaire d'un exercice à la province soit réduite du montant qu'il estime indiqué, compte tenu de la gravité du manquement;</p> <p>b) soit, s'il l'estime indiqué, ordonner la retenue de la totalité de la contribution pécuniaire d'un exercice à la province.</p>	<p>Décret de réduction ou de retenue</p>
<p>Amending orders</p>	<p>(2) The Governor in Council may, by order, repeal or amend any order made under subsection (1) where the Governor in Council is of the opinion that the repeal or amendment is warranted in the circumstances.</p>	<p>(2) Le gouverneur en conseil peut, par décret, annuler ou modifier un décret pris en vertu du paragraphe (1) s'il l'estime justifié dans les circonstances.</p>	<p>Modification des décrets</p>
<p>Notice of order</p>	<p>(3) A copy of each order made under this section together with a statement of any findings on which the order was based shall be sent forthwith by registered mail to the government of the province concerned and the Minister shall cause the order and statement to be laid before each House of Parliament on any of the first fifteen days on which that House is sitting after the order is made.</p>	<p>(3) Le texte de chaque décret pris en vertu du présent article de même qu'un exposé des motifs sur lesquels il est fondé sont envoyés sans délai par courrier recommandé au gouvernement de la province concernée; le ministre fait déposer le texte du décret et celui de l'exposé devant chaque chambre du Parlement dans les quinze premiers jours de séance de celle-ci suivant la prise du décret.</p>	<p>Avis</p>
<p>Commencement of order</p>	<p>(4) An order made under subsection (1) shall not come into force earlier than thirty</p>	<p>(4) Un décret pris en vertu du paragraphe (1) ne peut entrer en vigueur que trente jours après</p>	<p>Entrée en vigueur du décret</p>

	<p>days after a copy of the order has been sent to the government of the province concerned under subsection (3).</p> <p>R.S., 1985, c. C-6, s. 15; 1995, c. 17, s. 38.</p>	<p>l'envoi au gouvernement de la province concernée du texte du décret aux termes du paragraphe (3).</p> <p>L.R. (1985), ch. C-6, art. 15; 1995, ch. 17, art. 38.</p>	
Reimposition of reductions or withholdings	<p>16. In the case of a continuing failure to satisfy any of the criteria described in sections 8 to 12 or to comply with any condition set out in section 13, any reduction or withholding under section 15 of a cash contribution to a province for a fiscal year shall be reimposed for each succeeding fiscal year as long as the Minister is satisfied, after consultation with the minister responsible for health care in the province, that the default is continuing.</p> <p>R.S., 1985, c. C-6, s. 16; 1995, c. 17, s. 39.</p>	<p>16. En cas de manquement continu aux conditions visées aux articles 8 à 12 ou à l'article 13, les réductions ou retenues de la contribution pécuniaire à une province déjà appliquées pour un exercice en vertu de l'article 15 lui sont appliquées de nouveau pour chaque exercice ultérieur où le ministre estime, après consultation de son homologue chargé de la santé dans la province, que le manquement se continue.</p> <p>L.R. (1985), ch. C-6, art. 16; 1995, ch. 17, art. 39.</p>	Nouvelle application des réductions ou retenues
When reduction or withholding imposed	<p>17. Any reduction or withholding under section 15 or 16 of a cash contribution may be imposed in the fiscal year in which the default that gave rise to the reduction or withholding occurred or in the following fiscal year.</p> <p>R.S., 1985, c. C-6, s. 17; 1995, c. 17, s. 39.</p>	<p>17. Toute réduction ou retenue d'une contribution pécuniaire visée aux articles 15 ou 16 peut être appliquée pour l'exercice où le manquement à son origine a eu lieu ou pour l'exercice suivant.</p> <p>L.R. (1985), ch. C-6, art. 17; 1995, ch. 17, art. 39.</p>	Application aux exercices ultérieurs
	EXTRA-BILLING AND USER CHARGES	SURFACTURATION ET FRAIS MODÉRATEURS	
Extra-billing	<p>18. In order that a province may qualify for a full cash contribution referred to in section 5 for a fiscal year, no payments may be permitted by the province for that fiscal year under the health care insurance plan of the province in respect of insured health services that have been subject to extra-billing by medical practitioners or dentists.</p> <p>1984, c. 6, s. 18.</p>	<p>18. Une province n'a droit, pour un exercice, à la pleine contribution pécuniaire visée à l'article 5 que si, aux termes de son régime d'assurance-santé, elle ne permet pas pour cet exercice le versement de montants à l'égard des services de santé assurés qui ont fait l'objet de surfacturation par les médecins ou les dentistes.</p> <p>1984, ch. 6, art. 18.</p>	Surfacturation
User charges	<p>19. (1) In order that a province may qualify for a full cash contribution referred to in section 5 for a fiscal year, user charges must not be permitted by the province for that fiscal year under the health care insurance plan of the province.</p>	<p>19. (1) Une province n'a droit, pour un exercice, à la pleine contribution pécuniaire visée à l'article 5 que si, aux termes de son régime d'assurance-santé, elle ne permet pour cet exercice l'imposition d'aucuns frais modérateurs.</p>	Frais modérateurs
Limitation	<p>(2) Subsection (1) does not apply in respect of user charges for accommodation or meals provided to an in-patient who, in the opinion of the attending physician, requires chronic care and is more or less permanently resident in a hospital or other institution.</p> <p>1984, c. 6, s. 19.</p>	<p>(2) Le paragraphe (1) ne s'applique pas aux frais modérateurs imposés pour l'hébergement ou les repas fournis à une personne hospitalisée qui, de l'avis du médecin traitant, souffre d'une maladie chronique et séjourne de façon plus ou moins permanente à l'hôpital ou dans une autre institution.</p> <p>1984, ch. 6, art. 19.</p>	Réserve
Deduction for extra-billing	<p>20. (1) Where a province fails to comply with the condition set out in section 18, there shall be deducted from the cash contribution to</p>	<p>20. (1) Dans le cas où une province ne se conforme pas à la condition visée à l'article 18, il est déduit de la contribution pécuniaire à</p>	Déduction en cas de surfacturation

	<p>the province for a fiscal year an amount that the Minister, on the basis of information provided in accordance with the regulations, determines to have been charged through extra-billing by medical practitioners or dentists in the province in that fiscal year or, where information is not provided in accordance with the regulations, an amount that the Minister estimates to have been so charged.</p>	<p>cette dernière pour un exercice un montant, déterminé par le ministre d'après les renseignements fournis conformément aux règlements, égal au total de la surfacturation effectuée par les médecins ou les dentistes dans la province pendant l'exercice ou, si les renseignements n'ont pas été fournis conformément aux règlements, un montant estimé par le ministre égal à ce total.</p>	
Deduction for user charges	<p>(2) Where a province fails to comply with the condition set out in section 19, there shall be deducted from the cash contribution to the province for a fiscal year an amount that the Minister, on the basis of information provided in accordance with the regulations, determines to have been charged in the province in respect of user charges to which section 19 applies in that fiscal year or, where information is not provided in accordance with the regulations, an amount that the Minister estimates to have been so charged.</p>	<p>(2) Dans le cas où une province ne se conforme pas à la condition visée à l'article 19, il est déduit de la contribution pécuniaire à cette dernière pour un exercice un montant, déterminé par le ministre d'après les renseignements fournis conformément aux règlements, égal au total des frais modérateurs assujettis à l'article 19 imposés dans la province pendant l'exercice ou, si les renseignements n'ont pas été fournis conformément aux règlements, un montant estimé par le ministre égal à ce total.</p>	Déduction en cas de frais modérateurs
Consultation with province	<p>(3) The Minister shall not estimate an amount under subsection (1) or (2) without first undertaking to consult the minister responsible for health care in the province concerned.</p>	<p>(3) Avant d'estimer un montant visé au paragraphe (1) ou (2), le ministre se charge de consulter son homologue responsable de la santé dans la province concernée.</p>	Consultation de la province
Separate accounting in Public Accounts	<p>(4) Any amount deducted under subsection (1) or (2) from a cash contribution in any of the three consecutive fiscal years the first of which commences on April 1, 1984 shall be accounted for separately in respect of each province in the Public Accounts for each of those fiscal years in and after which the amount is deducted.</p>	<p>(4) Les montants déduits d'une contribution pécuniaire en vertu des paragraphes (1) ou (2) pendant les trois exercices consécutifs dont le premier commence le 1^{er} avril 1984 sont comptabilisés séparément pour chaque province dans les comptes publics pour chacun de ces exercices pendant et après lequel le montant a été déduit.</p>	Comptabilisation
Refund to province	<p>(5) Where, in any of the three fiscal years referred to in subsection (4), extra-billing or user charges have, in the opinion of the Minister, been eliminated in a province, the total amount deducted in respect of extra-billing or user charges, as the case may be, shall be paid to the province.</p>	<p>(5) Si, de l'avis du ministre, la surfacturation ou les frais modérateurs ont été supprimés dans une province pendant l'un des trois exercices visés au paragraphe (4), il est versé à cette dernière le montant total déduit à l'égard de la surfacturation ou des frais modérateurs, selon le cas.</p>	Remboursement à la province
Saving	<p>(6) Nothing in this section restricts the power of the Governor in Council to make any order under section 15.</p> <p>1984, c. 6, s. 20.</p>	<p>(6) Le présent article n'a pas pour effet de limiter le pouvoir du gouverneur en conseil de prendre le décret prévu à l'article 15.</p> <p>1984, ch. 6, art. 20.</p>	Réserve
When deduction made	<p>21. Any deduction from a cash contribution under section 20 may be made in the fiscal year in which the matter that gave rise to the deduction occurred or in the following two fiscal years.</p> <p>1984, c. 6, s. 21.</p>	<p>21. Toute déduction d'une contribution pécuniaire visée à l'article 20 peut être appliquée pour l'exercice où le fait à son origine a eu lieu ou pour les deux exercices suivants.</p> <p>1984, ch. 6, art. 21.</p>	Application aux exercices ultérieurs

REGULATIONS

Regulations

22. (1) Subject to this section, the Governor in Council may make regulations for the administration of this Act and for carrying its purposes and provisions into effect, including, without restricting the generality of the foregoing, regulations

(a) defining the services referred to in paragraphs (a) to (d) of the definition "extended health care services" in section 2;

(b) prescribing the services excluded from hospital services;

(c) prescribing the types of information that the Minister may require under paragraph 13(a) and the times at which and the manner in which that information shall be provided; and

(d) prescribing the manner in which recognition to the Canada Health and Social Transfer is required to be given under paragraph 13(b).

Agreement of provinces

(2) Subject to subsection (3), no regulation may be made under paragraph (1)(a) or (b) except with the agreement of each of the provinces.

Exception

(3) Subsection (2) does not apply in respect of regulations made under paragraph (1)(a) if they are substantially the same as regulations made under the *Federal-Provincial Fiscal Arrangements Act*, as it read immediately before April 1, 1984.

Consultation with provinces

(4) No regulation may be made under paragraph (1)(c) or (d) unless the Minister has first consulted with the ministers responsible for health care in the provinces.

R.S., 1985, c. C-6, s. 22; 1995, c. 17, s. 40.

REPORT TO PARLIAMENT

Annual report by Minister

23. The Minister shall, as soon as possible after the termination of each fiscal year and in any event not later than December 31 of the next fiscal year, make a report respecting the administration and operation of this Act for that fiscal year, including all relevant information on the extent to which provincial health care insurance plans have satisfied the criteria, and the extent to which the provinces have satisfied the conditions, for payment under this Act and

RÈGLEMENTS

Règlements

22. (1) Sous réserve des autres dispositions du présent article, le gouverneur en conseil peut, par règlement, prendre toute mesure d'application de la présente loi et, notamment :

a) définir les services visés aux alinéas a) à d) de la définition de « services complémentaires de santé » à l'article 2;

b) déterminer les services exclus des services hospitaliers;

c) déterminer les genres de renseignements dont peut avoir besoin le ministre en vertu de l'alinéa 13a) et fixer les modalités de temps et autres de leur communication;

d) prévoir la façon dont il doit être fait état du Transfert en vertu de l'alinéa 13b).

(2) Sous réserve du paragraphe (3), il ne peut être pris de règlements en vertu des alinéas (1)a) ou b) qu'avec l'accord de chaque province.

(3) Le paragraphe (2) ne s'applique pas aux règlements pris en vertu de l'alinéa (1)a) s'ils sont sensiblement comparables aux règlements pris en vertu de la *Loi sur les arrangements fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces*, dans sa version précédant immédiatement le 1^{er} avril 1984.

(4) Il ne peut être pris de règlements en vertu des alinéas (1)c) ou d) que si le ministre a au préalable consulté ses homologues chargés de la santé dans les provinces.

L.R. (1985), ch. C-6, art. 22; 1995, ch. 17, art. 40.

RAPPORT AU PARLEMENT

Rapport annuel du ministre

23. Au plus tard pour le 31 décembre de chaque année, le ministre établit dans les meilleurs délais un rapport sur l'application de la présente loi au cours du précédent exercice, en y incluant notamment tous les renseignements pertinents sur la mesure dans laquelle les régimes provinciaux d'assurance-santé et les provinces ont satisfait aux conditions d'octroi et de versement prévues à la présente loi; le ministre fait déposer le rapport devant chaque

shall cause the report to be laid before each House of Parliament on any of the first fifteen days on which that House is sitting after the report is completed.

1984, c. 6, s. 23.

chambre du Parlement dans les quinze premiers jours de séance de celle-ci suivant son achèvement.

1984, ch. 6, art. 23.



CANADA

CONSOLIDATION

CODIFICATION

Extra-billing and User
Charges Information
Regulations

Règlement concernant les
renseignements sur la
surfacturation et les frais
modérateurs

SOR/86-259

DORS/86-259

Published by the Minister of Justice at the following address:
<http://laws-lois.justice.gc.ca>

Publié par le ministre de la Justice à l'adresse suivante :
<http://lois-laws.justice.gc.ca>

OFFICIAL STATUS
OF CONSOLIDATIONS

CARACTÈRE OFFICIEL
DES CODIFICATIONS

Subsections 31(1) and (3) of the *Legislation Revision and Consolidation Act*, in force on June 1, 2009, provide as follows:

Les paragraphes 31(1) et (3) de la *Loi sur la révision et la codification des textes législatifs*, en vigueur le 1^{er} juin 2009, prévoient ce qui suit:

Published
consolidation is
evidence

31. (1) Every copy of a consolidated statute or consolidated regulation published by the Minister under this Act in either print or electronic form is evidence of that statute or regulation and of its contents and every copy purporting to be published by the Minister is deemed to be so published, unless the contrary is shown.

31. (1) Tout exemplaire d'une loi codifiée ou d'un règlement codifié, publié par le ministre en vertu de la présente loi sur support papier ou sur support électronique, fait foi de cette loi ou de ce règlement et de son contenu. Tout exemplaire donné comme publié par le ministre est réputé avoir été ainsi publié, sauf preuve contraire.

Codifications
comme élément
de preuve

...

[...]

Inconsistencies
in regulations

(3) In the event of an inconsistency between a consolidated regulation published by the Minister under this Act and the original regulation or a subsequent amendment as registered by the Clerk of the Privy Council under the *Statutory Instruments Act*, the original regulation or amendment prevails to the extent of the inconsistency.

(3) Les dispositions du règlement d'origine avec ses modifications subséquentes enregistrées par le greffier du Conseil privé en vertu de la *Loi sur les textes réglementaires* l'emportent sur les dispositions incompatibles du règlement codifié publié par le ministre en vertu de la présente loi.

Incompatibilité
— règlements

REGULATIONS PRESCRIBING THE TYPES OF INFORMATION THAT THE MINISTER OF NATIONAL HEALTH AND WELFARE MAY REQUIRE UNDER PARAGRAPH 13(A) OF THE CANADA HEALTH ACT IN RESPECT OF EXTRA-BILLING AND USER CHARGES AND THE TIMES AT WHICH AND THE MANNER IN WHICH SUCH INFORMATION SHALL BE PROVIDED BY THE GOVERNMENT OF EACH PROVINCE

SHORT TITLE

1. These Regulations may be cited as the *Extra-billing and User Charges Information Regulations*.

INTERPRETATION

2. In these Regulations,

“Act” means the *Canada Health Act*; (*Loi*)

“Minister” means the Minister of National Health and Welfare; (*ministre*)

“fiscal year” means the period beginning on April 1 in one year and ending on March 31 in the following year. (*exercice*)

TYPES OF INFORMATION

3. For the purposes of paragraph 13(a) of the Act, the Minister may require the government of a province to provide the Minister with information of the following types with respect to extra-billing in the province in a fiscal year:

(a) an estimate of the aggregate amount that, at the time the estimate is made, is expected to be charged through extra-billing, including an explanation regarding the method of determination of the estimate; and

(b) a financial statement showing the aggregate amount actually charged through extra-billing, including an explanation regarding the method of determination of the aggregate amount.

RÈGLEMENT DÉTERMINANT LES GENRES DE RENSEIGNEMENTS DONT PEUT AVOIR BESOIN LE MINISTRE DE LA SANTÉ NATIONALE ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL EN VERTU DE L'ALINÉA 13A) DE LA LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ QUANT À LA SURFACTURATION ET AUX FRAIS MODÉRATEURS ET FIXANT LES MODALITÉS DE TEMPS ET LES AUTRES MODALITÉS DE LEUR COMMUNICATION PAR LE GOUVERNEMENT DE CHAQUE PROVINCE

TITRE ABRÉGÉ

1. *Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs.*

DÉFINITIONS

2. Les définitions qui suivent s'appliquent au présent règlement.

«exercice» La période commençant le 1^{er} avril d'une année et se terminant le 31 mars de l'année suivante. (*fiscal year*)

«Loi» La *Loi canadienne sur la santé*. (*Act*)

«ministre» Le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social. (*Minister*)

GENRE DE RENSEIGNEMENTS

3. Pour l'application de l'alinéa 13a) de la Loi, le ministre peut exiger que le gouvernement d'une province lui fournisse les renseignements suivants sur les montants de la surfacturation pratiquée dans la province au cours d'un exercice :

a) une estimation du montant total de la surfacturation, à la date de l'estimation, accompagnée d'une explication de la façon dont cette estimation a été obtenue;

b) un état financier indiquant le montant total de la surfacturation effectivement imposée, accompagné d'une explication de la façon dont cet état a été établi.

4. For the purposes of paragraph 13(a) of the Act, the Minister may require the government of a province to provide the Minister with information of the following types with respect to user charges in the province in a fiscal year:

(a) an estimate of the aggregate amount that, at the time the estimate is made, is expected to be charged in respect of user charges to which section 19 of the Act applies, including an explanation regarding the method of determination of the estimate; and

(b) a financial statement showing the aggregate amount actually charged in respect of user charges to which section 19 of the Act applies, including an explanation regarding the method of determination of the aggregate amount.

TIMES AND MANNER OF FILING INFORMATION

5. (1) The government of a province shall provide the Minister with such information, of the types prescribed by sections 3 and 4, as the Minister may reasonably require, at the following times:

(a) in respect of the estimates referred to in paragraphs 3(a) and 4(a), before April 1 of the fiscal year to which they relate; and

(b) in respect of the financial statements referred to in paragraphs 3(b) and 4(b), before the sixteenth day of the twenty-first month following the end of the fiscal year to which they relate.

(2) The government of a province may, at its discretion, provide the Minister with adjustments to the estimates referred to in paragraphs 3(a) and 4(a) before February 16 of the fiscal year to which they relate.

(3) The information referred to in subsections (1) and (2) shall be transmitted to the Minister by the most practical means of communication.

4. Pour l'application de l'alinéa 13a) de la Loi, le ministre peut exiger que le gouvernement d'une province lui fournisse les renseignements suivants sur les montants des frais modérateurs imposés dans la province au cours d'un exercice :

a) une estimation du montant total, à la date de l'estimation, des frais modérateurs visés à l'article 19 de la Loi, accompagnée d'une explication de la façon dont cette estimation a été obtenue;

b) un état financier indiquant le montant total des frais modérateurs visés à l'article 19 de la Loi effectivement imposés dans la province, accompagné d'une explication de la façon dont le bilan a été établi.

COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS

5. (1) Le gouvernement d'une province doit communiquer au ministre les renseignements visés aux articles 3 et 4, dont le ministre peut normalement avoir besoin, selon l'échéancier suivant :

a) pour les estimations visées aux alinéas 3a) et 4a), avant le 1^{er} avril de l'exercice visé par ces estimations;

b) pour les états financiers visés aux alinéas 3b) et 4b), avant le seizième jour du vingt et unième mois qui suit la fin de l'exercice visé par ces états.

(2) Le gouvernement d'une province peut, à sa discrétion, fournir au ministre des ajustements aux estimations prévues aux alinéas 3a) et 4a), avant le 16 février de l'année financière visée par ces estimations.

(3) Les renseignements visés aux paragraphes (1) et (2) doivent être expédiés au ministre par le moyen de communication le plus pratique.



ANNEXE B

ÉNONCÉS DE POLITIQUES LIÉES À LA LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ

Il existe deux énoncés de politiques qui précisent la position du gouvernement fédéral concernant la *Loi canadienne sur la santé*. Ces énoncés ont été présentés sous forme de lettres ministérielles par d'anciens ministres fédéraux de la Santé à leurs homologues provinciaux et territoriaux.

LETTRE « EPP »

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

La lettre du ministre Epp faisait suite à plusieurs mois de consultations avec les provinces et les territoires. La lettre présente les énoncés de politique générale fédérale qui clarifient les critères, les conditions et les dispositions réglementaires de la *Loi canadienne sur la santé*. Ces éclaircissements ont été utilisés par le gouvernement fédéral dans l'évaluation et l'interprétation de la conformité à la Loi. La lettre Epp demeure une référence importante pour l'interprétation de la Loi.

POLITIQUE FÉDÉRALE SUR LES CLINIQUES PRIVÉES

Entre février et décembre 1994 a eu lieu une série de sept réunions fédérales-provinciales-territoriales

portant uniquement ou en partie sur les établissements privés. Il était question de la multiplication des cliniques privées offrant des services médicalement nécessaires financés en partie par le système public et en partie par les patients, et de leurs conséquences sur le système canadien de soins de santé universel et financé par l'État.

Lors de la réunion fédérale-provinciale-territoriale des ministres de la Santé, tenue à Halifax en septembre 1994, tous les ministres présents, à l'exception de celui de l'Alberta, ont convenu de « prendre les mesures qui s'imposaient pour réglementer le développement des cliniques privées au Canada ».

Le 6 janvier 1995, la ministre de la Santé, Diane Marleau, a écrit aux ministres provinciaux et territoriaux de la Santé pour annoncer la nouvelle politique fédérale sur les cliniques privées. La lettre de la ministre présentait l'interprétation fédérale de la *Loi canadienne sur la santé* en ce qui concerne l'imposition directe de frais d'établissement aux patients qui reçoivent des services médicaux nécessaires dans une clinique privée. La lettre stipulait aussi que la définition d'« hôpital » de la *Loi canadienne sur la santé* comprend tout établissement qui offre des soins actifs, de longue durée et de réadaptation. Ainsi, lorsqu'un régime provincial ou territorial d'assurance-santé paye les honoraires d'un médecin pour un service médicalement nécessaire offert dans une clinique privée, il doit également payer les frais d'établissement ou s'attendre à ce qu'une retenue soit faite sur les paiements de transfert du gouvernement fédéral.

[Voici le texte de la lettre envoyée le 15 juillet 1985 au ministre des Affaires sociales du Québec par l'honorable Jake Epp, ministre de la Santé et du Bien-être social. (Nota : le ministre Epp a envoyé une lettre identique en anglais aux autres ministres provinciaux et territoriaux de la Santé le 18 juin 1985.)]

Le 15 juillet 1985

OTTAWA, K1A 0K9

Monsieur le Ministre,

Maintenant que j'ai terminé ma ronde de consultations bilatérales au cours des derniers mois avec les ministres provinciaux et territoriaux de la Santé, de même que lors de la rencontre de Winnipeg les 16 et 17 mai, j'aimerais confirmer mes intentions relativement à l'interprétation et à la mise en œuvre de la *Loi canadienne sur la santé*. J'apprécierais plus particulièrement que vous me fassiez connaître par écrit vos vues au sujet des projets de règlements ci-joints afin que je puisse prendre les mesures nécessaires pour assurer leur promulgation dès que possible. Aussi, je vous écrirai plus longuement concernant les informations dont j'aurai besoin pour préparer le rapport annuel que je dois soumettre au Parlement.

Tel que souligné lors de notre réunion à Winnipeg, j'entends respecter la compétence des provinces pour tout ce qui touche à la santé et à la prestation des services de santé. Je sais, par conviction et par expérience, qu'on peut accomplir davantage dans l'harmonie et la collaboration que dans la discorde et l'affrontement.

En ce qui a trait à la *Loi canadienne sur la santé*, la conclusion qui s'impose à moi, à la suite de nos entretiens, c'est que nous sommes tous au même titre les dépositaires de la confiance du public et que nous nous sommes tous promis de conserver un système d'assurance-santé universel, complet, accessible et transférable, géré par un organisme public à l'avantage de tous les habitants du Canada, et que nous allons l'améliorer si c'est possible.

Nos échanges ont renforcé la conviction que j'avais déjà, à savoir que vous avez besoin de suffisamment de latitude et de souplesse administrative pour faire fonctionner vos régimes d'assurance-santé. Vous connaissez bien mieux que moi les besoins et les priorités des habitants de vos provinces par rapport aux facteurs géographiques et économiques. Il est essentiel, par ailleurs, que les provinces assument la responsabilité qui leur incombe en premier d'assurer les services de santé.

J'ai eu en même temps le sentiment que les provinces désirent que le gouvernement fédéral continue de jouer un rôle concret, tant sur le plan monétaire qu'autrement, afin de les aider dans leurs efforts pour tenter de réaliser les objectifs fondamentaux du système de soins: protéger, favoriser et restaurer le bien-être physique et mental des Canadiens. En tant que groupe, les ministres provinciaux et territoriaux de la Santé acceptent l'existence d'une association coopérative avec le gouvernement fédéral basée d'abord sur les contributions que ce dernier verse au titre des soins et des services complémentaires de santé assurés.

Je dirais peut-être aussi que la *Loi canadienne sur la santé* ne constitue pas la réponse aux défis devant lesquels nous nous trouvons pour ce qui est de l'appareil de santé. Il me tarde de travailler avec vous dans un esprit de collaboration afin que nous puissions relever des défis comme l'évolution rapide de la technologie médicale et le vieillissement de la population, et que nous arrivions à définir des stratégies de promotion de la santé ainsi que d'autres formules pour assurer les soins.

Pour revenir à la tâche immédiate que représente l'application de la *Loi canadienne sur la santé*, je veux établir quelques énoncés raisonnablement complets de politique générale fédérale, à commencer par chacun des critères contenus dans la mesure législative.

Gestion publique

Le critère de la gestion publique est généralement accepté. Le but est de laisser la gestion des régimes provinciaux d'assurance-santé à une autorité publique, responsable devant le gouvernement provincial des décisions prises au

sujet des seuils de prestations et des services, et assujettie à la vérification de ses dossiers et de ses comptes par une autorité publique.

Intégralité

La *Loi canadienne sur la santé* n'a pas pour but d'étendre ou de réduire la gamme de services assurés prévue dans l'ancienne législation fédérale. Sont compris dans les services assurés les soins hospitaliers nécessaires de l'avis d'un médecin, les services médicaux et les services de chirurgie dentaire qui doivent obligatoirement être dispensés à l'hôpital. Les régimes provinciaux doivent couvrir le coût des services aux malades hospitalisés et des services aux malades externes associés à la prestation des soins actifs, des soins de réadaptation et des soins aux malades chroniques. Pour ce qui est des services médicaux, les services assurés englobent généralement les services exigés pour des raisons médicales dispensés par des médecins autorisés de même que les interventions de chirurgie dentaire qui exigent l'hôpital pour être pratiquées comme il se doit. Les services dispensés par les autres professionnels des soins, sauf ceux qui doivent fournir les services hospitaliers nécessaires, ne sont pas assujettis aux critères de la loi.

À l'intérieur de ces paramètres généraux, les provinces, de même que les médecins, ont le privilège et aussi la responsabilité de dire en quoi consistent les services médicaux nécessaires pour des raisons médicales. Ce sont aussi les provinces qui déterminent quels hôpitaux et quels services hospitaliers sont exigés pour fournir les soins actifs, les soins de réadaptation ou les soins aux malades chroniques.

Universalité

Le but de la *Loi canadienne sur la santé* est de garantir que tous les habitants reconnus d'une province ont droit à la protection et aux prestations en vertu d'un des douze régimes provinciaux ou territoriaux d'assurance-santé. Cependant les résidents éligibles ont la latitude et peuvent élire de ne pas adhérer au régime provincial.

L'accord sur l'admissibilité et la transférabilité fournit des directives utiles pour établir le domicile et déterminer les modalités qui permettent d'obtenir et de conserver la protection. Les dispositions en sont compatibles avec celles de la loi.

Je veux dire quelques mots au sujet des primes. Les provinces ont incontestablement le droit de prélever des impôts et la *Loi canadienne sur la santé* n'entrave pas ce droit. La loi n'interdit pas le système de primes en soi, pourvu que le régime provincial d'assurance-santé soit appliqué et géré de manière à ne pas refuser la protection ou empêcher l'accès aux services hospitaliers et aux services médicaux nécessaires pour les habitants reconnus d'une province. Les modalités administratives devraient être telles que les habitants ne soient pas privés de la protection parce qu'ils sont incapables de payer les primes.

Je suis conscient des problèmes auxquels font face certaines provinces dans le cas des touristes et des visiteurs qui peuvent avoir besoin de services de santé pendant leur séjour au Canada. Avec mes collègues du Cabinet, le ministre des Affaires extérieures et la ministre de l'Emploi et de l'Immigration, je veux effectuer un examen de ce qui se fait actuellement pour que tous les moyens soient pris afin d'informer les visiteurs éventuels de la nécessité de se protéger en se procurant une assurance-santé suffisante avant d'entrer au Canada.

En somme, je crois qu'en notre qualité de ministres de la Santé, nous avons tous l'obligation de poursuivre l'objectif, autrement dit, faire en sorte que toutes les personnes dûment domiciliées dans une province obtiennent et conservent le droit aux services assurés, et cela selon des modalités uniformes.

Transférabilité

Les dispositions de la *Loi canadienne sur la santé* relatives à la transférabilité visent à fournir aux assurés une protection ininterrompue en vertu de leur régime d'assurance-santé quand ils s'absentent temporairement de la province où ils sont domiciliés ou quand ils se déplacent d'une province à une autre. Pendant un séjour temporaire dans une autre province, les habitants reconnus d'une province ne devraient pas être obligés de payer de leur poche pour obtenir les services hospitaliers ou médicaux nécessaires. Les fournisseurs de soins devraient avoir l'assurance de toucher des montants raisonnables à l'égard du coût de ces services.

Quant aux services assurés reçus pendant un séjour à l'étranger, le but est de garantir une indemnisation raisonnable au titre des services hospitaliers ou médicaux d'urgence qui sont nécessaires ou des services prescrits qui n'existent pas dans une province ou dans les provinces voisines. En général, les formules de paiement rattachées aux indemnités qui auraient été versées au titre des mêmes services dispensés dans une province pourraient être acceptées pour les besoins de la *Loi canadienne sur la santé*.

Dans mes entretiens avec les ministres provinciaux et territoriaux, j'ai senti un désir d'arriver aux objectifs souhaités en matière de transférabilité et de réduire au minimum les difficultés que les Canadiens peuvent rencontrer quand ils se déplacent au Canada. Je crois que les ministres de la Santé des provinces et des territoires sont tous désireux de voir à ce que ces services soient fournis de façon plus efficace et d'une manière plus économique pour que les Canadiens puissent conserver leur protection d'assurance-santé ou obtenir les prestations ou les services sans empêchement indu.

Des progrès appréciables ont été réalisés ces dernières années grâce aux accords de réciprocité qui permettent d'atteindre les objectifs de transférabilité visés par la *Loi canadienne sur la santé* en ce qui a trait à la protection à l'intérieur du Canada. Ces accords ne font pas obstacle aux droits et privilèges des provinces quand il s'agit de déterminer quels sont les services rendus dans une autre province et d'en prévoir l'indemnisation. Ils n'empêchent pas non plus les provinces d'exercer un contrôle raisonnable par le moyen de l'approbation préalable des interventions facultatives. Mais je reconnais qu'il y a encore du travail à faire relativement aux modalités de paiement entre les provinces pour atteindre cet objectif, surtout par rapport aux services des médecins.

Je suis bien conscient que toutes les difficultés ne peuvent être résolues du jour au lendemain et qu'il faudra allouer assez de temps pour que les régimes provinciaux arrivent à ne pas exiger de frais directs des malades pour les services hospitaliers et les services médicaux nécessaires fournis dans les autres provinces.

Quant aux services nécessaires fournis à l'étranger, j'ai confiance que nous pouvons établir des normes acceptables d'indemnisation au titre des services médicaux et des services hospitaliers essentiels. La Loi ne définit pas de formule particulière et je serais heureux de connaître vos vues à ce sujet.

Pour que nos efforts s'harmonisent, je proposerais de demander au Comité consultatif fédéral-provincial des services médicaux et des services en établissement d'examiner différentes possibilités et de présenter d'ici un an des solutions pour atteindre ces objectifs.

Accessibilité raisonnable

La Loi est assez claire à l'égard de certains aspects de l'accessibilité. Ce qu'elle cherche à faire, c'est de décourager la pratique voulant que des frais soient exigés sur-le-champ pour les services assurés fournis aux assurés et d'empêcher que s'exercent de fâcheuses distinctions à l'égard d'un groupe de population en ce qui a trait à la facturation des services ou de l'usage nécessaire des services assurés. La Loi met en même temps l'accent sur l'association qui doit exister entre les fournisseurs des services assurés et les gestionnaires des régimes provinciaux, exigeant que les régimes provinciaux comportent des mécanismes raisonnables de paiement ou d'indemnisation pour que les usagers aient un accès raisonnable aux services. Je veux souligner de nouveau mon intention de respecter les privilèges des provinces relativement à l'organisation, à l'émission d'un permis d'exercice, à l'offre, à la répartition de la main-d'œuvre, ainsi qu'à l'affectation des ressources et aux priorités dans le cas des services assurés. Je tiens à vous assurer que le gouvernement fédéral ne recourra pas à la disposition relative à l'accès raisonnable pour intervenir directement dans des questions comme l'existence matérielle ou géographique des services ou la régie par les provinces des établissements et des professions qui fournissent les services assurés. Les grandes questions ayant trait à l'accès aux services de santé me seront inévitablement signalées. Je veux vous donner l'assurance que mon Ministère travaillera par l'intermédiaire des bureaux des ministres provinciaux et territoriaux, et de concert avec eux, afin de régler ces questions.

Mon but en vous faisant part de mes intentions au sujet des critères contenus dans la *Loi canadienne sur la santé*, c'est de nous permettre de travailler ensemble à définir notre système national d'assurance-santé. Je crois que si nous poursuivons le dialogue, si nous sommes favorables à l'idée d'échanger des renseignements et que nous voulons le faire, et si nous comprenons bien de part et d'autre les règles du jeu, nous pouvons mettre en œuvre la Loi sans animosité et sans conflit. Je préférerais que les ministres provinciaux et territoriaux aient eux-mêmes une possibilité d'interpréter les critères de la *Loi canadienne sur la santé* et de les appliquer à leurs régimes d'assurance-santé

respectifs. Je crois également que les ministres de la Santé des provinces et des territoires comprennent et acceptent tous que j'ai des comptes à rendre au Parlement du Canada, et que je dois notamment présenter tous les ans un rapport sur le fonctionnement des régimes provinciaux d'assurance-santé en ce qui a trait au respect de ces critères fondamentaux.

Conditions

Cela m'amène aux conditions relatives à l'obligation de reconnaître les contributions fédérales et à celles de fournir des renseignements, l'une et l'autre pouvant être précisées dans le règlement. À ce propos, je veux me guider sur les principes suivants :

1. faire le moins de règlements possibles et seulement si c'est absolument nécessaire;
2. compter sur la bonne volonté des ministres pour reconnaître comme il se doit le rôle et la contribution du gouvernement fédéral et pour fournir de plein gré les renseignements nécessaires afin d'exécuter la loi et de faire rapport au Parlement;
3. recourir à la concertation et à l'échange de renseignements qui nous profitent mutuellement comme moyens privilégiés pour mettre en œuvre et faire appliquer la *Loi canadienne sur la santé*;
4. utiliser les mécanismes qui existent déjà pour échanger des renseignements à l'avantage mutuel de nos administrations.

En ce qui a trait à la reconnaissance des contributions fédérales à la santé par les gouvernements provinciaux et territoriaux, je suis convaincu que nous pouvons normalement arriver sans peine à nous entendre sur la solution appropriée. À mon avis, la meilleure formule, c'est de montrer qu'en tant que ministres de la Santé, nous travaillons ensemble dans l'intérêt du contribuable et du malade.

À l'égard de l'information, je m'en tiens à l'engagement que j'ai pris d'améliorer si possible les systèmes nationaux de données déjà en place, et cela dans un esprit de collaboration et de coopération. Ces systèmes servent à plus d'une fin et fournissent au gouvernement fédéral aussi bien qu'aux autres organismes et au grand public des données essentielles sur notre appareil de soins et l'état de santé de notre population. J'entrevois la poursuite d'un travail en association qui permettra d'améliorer les systèmes d'information sanitaire dans des domaines comme les taux de morbidité et de mortalité, l'état de santé, le fonctionnement des services de santé et leur utilisation, le coût et le financement des soins.

Je crois fermement que le gouvernement fédéral n'a pas besoin de réglementer ces questions. Je n'ai donc pas l'intention de recourir au pouvoir de réglementation pour ce qui est des renseignements exigés en vertu de la *Loi canadienne sur la santé* quand il s'agit d'étendre ou de modifier les systèmes généraux de données et les échanges de renseignements. Afin que l'information relative à la *Loi canadienne sur la santé* circule le plus économiquement possible, je vois seulement deux mécanismes particuliers, et essentiels, de transfert des données :

1. des estimations et des bilans sur la surfacturation et les frais modérateurs;
2. un bilan provincial annuel (peut-être sous la forme d'une lettre qui me sera envoyée) à présenter à peu près six mois après la fin de l'exercice financier, décrivant le fonctionnement des régimes provinciaux respectifs d'assurance-santé par rapport aux critères et aux conditions de la *Loi canadienne sur la santé*.

Au sujet du premier point, je propose d'établir des règlements dont le contenu sera identique à celui des règlements qui ont été acceptés pour 1985-86. Vous trouverez un projet de règlements joint à titre d'annexe I. Pour aider à préparer le bilan provincial annuel auquel je fais allusion au deuxième point, j'ai élaboré des directives générales qui constituent l'annexe II. Au-delà de ces documents bien précis, j'ai confiance que l'échange spontané et mutuellement bénéfique d'éléments tels que les lois, les règlements et les descriptions de programmes se poursuivra.

Une question a été soulevée au cours de nos entretiens antérieurs que nous avons eus au début, à savoir si les estimations ou les retenues en ce qui a trait aux frais modérateurs et à la surfacturation devraient être fondées sur les « montants facturés » ou sur les « montants perçus ». La Loi établit clairement que les retenues doivent être basées sur les montants facturés. Or, en ce qui a trait aux frais modérateurs, des régimes provinciaux acquittent les frais

indirectement pour certaines personnes. Lorsqu'il est nettement démontré qu'un régime provincial rembourse aux fournisseurs de soins le montant facturé mais ne le perçoit pas, disons à l'égard des bénéficiaires de l'aide sociale ou dans le cas des comptes impayés, il faudra rajuster en conséquence les estimations et les retenues.

Je veux insister sur le fait que lorsqu'un régime provincial n'autorise pas les frais modérateurs, tout le système doit être conforme au but du critère de l'accessibilité raisonnable énoncé [dans cette lettre].

Règlements

En plus de ceux qui visent la reconnaissance du rôle fédéral et les renseignements à fournir, dont il est question précédemment, la loi prévoit l'établissement de règlements ayant rapport aux services hospitaliers exclus et de règlements relatifs à la définition des services complémentaires de santé.

Vous êtes au courant que la loi spécifie que chacune des provinces doit être consultée et qu'il doit y avoir entente au sujet des règlements. Les discussions que j'ai eues avec vous n'ont fait ressortir que certaines inquiétudes au sujet de l'ensemble provisoire de services exclus des règlements sur les services hospitaliers, ci-joint.

De même, je n'ai pas perçu d'inquiétude au sujet du projet de règlements qui définit les services complémentaires de santé. Ces règlements aident à fournir des précisions pour que les provinces puissent interpréter la loi et gérer les régimes et programmes en cours. Ils ne modifient pas sensiblement ou en substance ceux qui ont été en vigueur pendant huit ans en vertu de la partie IV de la Loi de 1977 sur les contributions à l'enseignement postsecondaire et à la santé. Il se pourrait bien, cependant, quand nous commencerons à examiner les défis à relever dans le domaine des soins, que nous devions songer à revoir ces définitions.

J'ai voulu par cette lettre essayer d'établir des règles de base souples, raisonnables et claires pour faciliter à l'échelon provincial, aussi bien qu'à l'échelon fédéral, l'administration de la *Loi canadienne sur la santé*. J'ai voulu englober beaucoup de questions, dont l'interprétation des critères, la position fédérale au sujet des conditions et les projets de règlements. Je suis évidemment conscient qu'une lettre de cette sorte ne peut pas traiter de chacun des points qui préoccupent chaque ministre de la Santé. Il est donc essentiel qu'un dialogue et que la communication se poursuivent.

En terminant, laissez-moi vous remercier de l'aide que vous avez apportée pour en arriver à ce que je crois être un point de vue généralement accepté en ce qui a trait à l'interprétation et à l'application de la Loi. Tel que mentionné au début de cette lettre, je vous saurais gré de me signaler par écrit, sous peu vos vues sur les projets de règlements ci-joints. J'ai l'intention de vous écrire bientôt au sujet de l'échange volontaire de renseignements dont nous avons discuté, relativement à l'administration de la Loi et du rapport à présenter au Parlement.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de ma considération distinguée.

Jake Epp

[Voici le texte de la lettre envoyée le 6 janvier 1995 à tous les ministres provinciaux et territoriaux de la Santé par l'honorable Diane Marleau, ministre de la Santé.]

January 6, 1995

Cher collègue,

Objet : la Loi canadienne sur la santé

La *Loi canadienne sur la santé* est en vigueur depuis un peu plus d'une décennie. Les principes énoncés dans la loi (gestion publique, intégralité, universalité, transférabilité et accessibilité) continuent d'être appuyés par tous les gouvernements provinciaux et territoriaux et par la grande majorité des Canadiens et des Canadiennes. Mais l'érosion possible du système de santé canadien administré et financé par le secteur public suscite des craintes, et il est essentiel de prendre les moyens nécessaires pour préserver ces principes.

Il est clair à la suite de la réunion de Halifax tenue récemment, que plusieurs ministres de la Santé sont préoccupés par une tendance à interpréter la Loi de façons divergentes. J'aborderai d'autres questions à la fin de la présente lettre à cet égard. Toutefois, ma préoccupation principale concerne les cliniques privées et les frais d'établissement qu'elles perçoivent auprès de leurs patients. C'est un problème qui n'est pas nouveau pour les ministres de la Santé. Il a fait l'objet d'importantes discussions lors de notre réunion à Halifax l'an dernier. Pour les raisons que j'expose dans cette lettre, je suis convaincue que la prolifération d'un « second palier » d'établissements, exploités entièrement ou dans une large mesure en dehors du système de santé administré et financé par des fonds publics, et dispensant des services médicalement nécessaires, constitue une menace sérieuse pour le système de soins de santé du Canada.

Plus précisément, et plus directement, je considère que les frais d'établissement exigés par les cliniques privées pour des services médicalement nécessaires représentent un problème sérieux qui doit être réglé. Selon moi, de tels frais constituent des frais modérateurs et à ce titre, ils contreviennent au principe de l'accessibilité de la *Loi canadienne sur la santé*.

Bien que ces frais d'établissement ne soient pas définis dans la loi fédérale, ni dans les dispositions législatives de la plupart des provinces, ce terme renvoie aux montants d'argent qui peuvent être exigés pour des services de type hospitalier dispensés en clinique et qui ne sont pas remboursés par la province, par opposition aux services fournis par un médecin. Lorsque ces frais d'établissement sont imposés pour des services médicalement nécessaires dispensés dans une clinique qui reçoit, par ailleurs, en vertu du régime d'assurance-santé de la province, des fonds publics pour la prestation de ces services, ces frais constituent un obstacle financier à l'accessibilité des services. Ils enfreignent par conséquent la disposition de la loi relative aux frais modérateurs (article 19).

Les frais d'établissement sont, à mon avis, inacceptables parce qu'ils limitent l'accès aux services médicalement nécessaires. De plus, lorsque des cliniques qui reçoivent des fonds publics pour dispenser des services médicalement nécessaires exigent en supplément des frais d'établissement, les personnes qui ont les moyens de payer de tels frais sont directement subventionnées par tous les autres Canadiens et Canadiennes. Il m'apparaît tout à fait inacceptable de subventionner de la sorte un système de santé à deux paliers.

Ma position sur les frais d'établissement repose sur deux arguments. Le premier touche la politique en matière de santé. Dans le contexte actuel de la prestation des services de santé, une interprétation qui permet l'imposition de frais d'établissement pour des services médicalement nécessaires alors que le régime d'assurance-santé de la province couvre les honoraires du médecin va à l'encontre de l'esprit et de l'objet de la Loi. Autrefois, de nombreux services médicaux exigeaient un séjour à l'hôpital; maintenant, grâce aux progrès de la technologie médicale et à la tendance à dispenser des services dans des endroits plus accessibles, il est possible d'offrir une vaste gamme de soins ou de services ambulatoires à l'extérieur du cadre hospitalier traditionnel. Le critère de la loi relatif à l'accessibilité, critère dont la disposition sur les frais modérateurs ne constitue qu'un exemple, avait, de toute évidence, pour objet de veiller à ce que les résidents du Canada reçoivent tous les services de santé médicalement nécessaires, sans obstacle financier ou autre, et quel que soit l'endroit où ces services sont dispensés. Ce critère doit conserver son sens initial quelle que soit la façon dont l'exercice de la médecine évolue.

Le deuxième argument relève de l'interprétation juridique. La définition du terme « hôpital » prévue dans la loi comprend tout établissement qui offre des soins hospitaliers aux personnes souffrant de maladie aiguë ou chronique ou exigeant des services de réadaptation. Cette définition couvre aussi les établissements de soins de santé connus sous le nom de « clinique ». Pour des raisons touchant à la fois la politique et l'interprétation juridique, je considère donc que lorsqu'un régime d'assurance-santé provincial prévoit le paiement d'honoraires de médecin pour des services médicalement nécessaires dispensés dans une clinique, il doit également prévoir le paiement des services (hospitaliers) connexes associés à la prestation de ces services, sans quoi la province en question devra s'attendre à l'application de déductions correspondant au total des frais modérateurs.

Je me rends bien compte que cette interprétation nécessitera certaines modifications, particulièrement dans les provinces où des cliniques exigent actuellement des frais d'établissement applicables à des services de santé médicalement nécessaires. Afin d'éviter des difficultés qui pourraient être jugées déraisonnables, je fixe au 15 octobre 1995 la date de mise en application de cette interprétation. Les provinces disposeront ainsi du temps requis pour mettre en place les dispositions législatives ou réglementaires qui s'imposent. À compter du 15 octobre 1995, toutefois, je commencerai à déduire des paiements de transfert toute somme exigée pour des frais d'établissement lorsque des services de santé médicalement nécessaires sont en cause, comme le prévoit l'article 20 de la *Loi canadienne sur la santé*. À mon avis, les provinces bénéficieront ainsi d'une période de transition raisonnable étant donné qu'elles sont maintenant saisies de mes préoccupations concernant les cliniques privées, et compte tenu des progrès déjà réalisés par le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur les services de santé qui se penche sur la question des cliniques privées depuis déjà un bon moment.

Je tiens à préciser que je ne cherche pas à empêcher l'utilisation de cliniques pour dispenser des services de santé médicalement nécessaires. Je sais que dans bien des cas, elles représentent un moyen efficace d'offrir des services de santé à moindre coût, et souvent en ayant recours à des techniques avancées. J'entends, par contre, veiller à ce que les services de santé médicalement nécessaires soient dispensés suivant des modalités uniformes et cela, quel que soit l'endroit où ils sont offerts. Les principes de la *Loi canadienne sur la santé* sont suffisamment souples pour permettre l'évolution de la médecine et de la prestation des soins de santé. Cependant, cette évolution ne saurait mener à la création d'un système de santé à deux paliers.

Comme je l'ai déjà mentionné dans cette lettre, même si la question des frais modérateurs constitue ma préoccupation immédiate, je m'inquiète également des questions plus générales soulevées par la prolifération des cliniques privées. Je crains que cette prolifération ne se traduise, à plus ou moins long terme, par une érosion de notre système de santé public, ce qui aurait pour résultat de limiter l'accès dont jouit la population canadienne aux services de santé médicalement nécessaires. L'énoncé de politique auquel la réunion d'Halifax a donné lieu, témoigne bien de ces préoccupations. Les ministres de la Santé présents, à l'exception de la Ministre de l'Alberta, ont convenu :

d'entreprendre toute démarche qui pourrait être nécessaire pour réglementer l'établissement des cliniques privées au Canada et maintenir un régime d'assurance-santé de grande qualité par les gouvernements.

La question des cliniques privées soulève de nombreuses préoccupations au sein du gouvernement fédéral, préoccupations que les provinces partagent. On s'inquiète entre autres :

- de l'affaiblissement de l'appui du public au système de santé administré et financé par l'État;
- de la diminution de la capacité des gouvernements de contrôler les coûts de la santé une fois que ceux-ci sont passés du secteur public au secteur privé;
- de la possibilité, comme en fait foi l'expérience vécue ailleurs, que les établissements privés concentrent leurs efforts sur les actes médicaux les plus faciles, laissant aux établissements publics le soin de s'occuper des cas plus complexes et plus coûteux;
- de la capacité qu'ont les établissements privés d'offrir aux professionnels de la santé des encouragements financiers susceptibles de les inciter à se désengager du système de santé public (incitant ces établissements à mobiliser leurs ressources financières afin d'attirer les consommateurs, plutôt que d'améliorer la qualité des soins offerts).

Le seul moyen de composer efficacement avec ces préoccupations consiste à réglementer l'exploitation des cliniques privées.

Je demande donc aux ministres de la Santé des provinces qui ne l'ont pas encore fait d'établir des cadres réglementaires régissant l'exploitation des cliniques privées. J'aimerais souligner que même si je me préoccupe surtout de l'élimination des frais modérateurs, il est tout aussi important que ces cadres réglementaires soient mis en place pour assurer un accès raisonnable aux services de santé médicalement nécessaires et pour favoriser la viabilité du système de santé financé et administré par l'État. À mon avis, il faut procéder sans tarder à leur mise en œuvre.

N'hésitez pas à prendre contact avec moi pour des éclaircissements au sujet de ma position sur les cliniques privées et les frais d'établissement. Mes fonctionnaires, quant à eux, sont prêts à rencontrer les vôtres quand ils le souhaiteront pour en discuter. Il faudrait d'ailleurs selon moi, que nos fonctionnaires se concentrent, au cours des prochaines semaines, sur les préoccupations plus générales concernant les cliniques privées.

Comme je l'ai mentionné au début de la présente lettre, la *Loi canadienne sur la santé* fait l'objet d'interprétations divergentes touchant un bon nombre d'autres pratiques. Je préfère généralement que les problèmes touchant l'interprétation de la Loi soient résolus par consensus fédéral-provincial-territorial en tenant compte des principes fondamentaux de la Loi. J'ai, par conséquent, encouragé les deux paliers de gouvernement à tenir des consultations dans tous les cas où il y avait de tels désaccords. En ce qui a trait à des situations telles que la couverture des frais médicaux engagés hors de la province de résidence ou à l'étranger, j'ai l'intention de poursuivre les consultations dans la mesure où elles sont susceptibles de mener à des conclusions satisfaisantes, dans des délais raisonnables.

En terminant, j'aimerais citer monsieur le juge Emmett M. Hall qui nous rappelait en 1980 que :

« ...dans notre société, le traumatisme causé par les maladies, la douleur engendrée par les opérations chirurgicales et le lent acheminement vers la mort constituent suffisamment de fardeaux sans avoir à y ajouter celui qui provient des frais médicaux et hospitaliers frappant le malade au moment où il est vulnérable. »

Je suis convaincue, qu'en gardant cet avis à l'esprit, nous continuerons de conjuguer nos efforts en vue de sauvegarder et de renouveler ce qui pourrait bien être notre plus remarquable projet social.

Enfin, comme les questions traitées dans la présente lettre revêtent une importance certaine pour les Canadiens et Canadiennes, je compte la rendre publique une fois que tous les ministres provinciaux et territoriaux de la Santé l'auront reçue.

Veillez agréer, cher collègue, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Diane Marleau
Ministre de la Santé



ANNEXE C

PROCESSUS DE PRÉVENTION ET DE RÈGLEMENT DES DIFFÉRENDS LIÉS À LA LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ

En avril 2002, l'honorable A. Anne McLellan décrivait, dans une lettre qu'elle adressait à ses homologues provinciaux et territoriaux, un processus de prévention et de règlement des différends reliés à la *Loi canadienne sur la santé* dont avaient convenu l'ensemble des provinces et des territoires à l'exception du Québec. Le processus permet de satisfaire au désir des 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.

En septembre 2004, l'accord conclu entre les provinces et les territoires en 2002 a été officialisé par les premiers ministres, réitérant ainsi leur engagement concernant l'utilisation du Processus de prévention et de règlement des différends de la *Loi canadienne sur la santé* pour régler les questions d'interprétation associées à la loi.

Vous trouverez dans les pages suivantes le texte intégral de la lettre de la ministre McLellan à l'honorable Gary Mar, ainsi qu'un feuillet d'information sur le processus de prévention et de règlement des différends liés à la *Loi canadienne sur la santé*.



Minister of Health



Ministre de 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 Legislature, pièce 323
 Edmonton (Alberta)
 T5K 2B6

Monsieur,

La présente fait suite à mon engagement d'avancer à aller de l'avant avec le processus de prévention et de règlement des différends liés à l'interprétation des principes de la *Loi canadienne sur la santé*.

Je comprends que les gouvernements des provinces et des territoires tiennent à ce qu'une tierce partie fournisse des avis et des recommandations lorsque des divergences d'interprétation de la *Loi canadienne sur la santé* se produisent. Ce point a été intégré au processus de Prévention et règlement des différends liés à la *Loi canadienne sur la santé* qui est exposé ci-dessous. Je crois que ce processus nous permettra de prévenir ou de régler, de façon équitable, transparente et rapide, les problèmes d'interprétation des principes de la *Loi canadienne sur la santé*.

Prévention des différends

Le meilleur moyen de résoudre les différends liés à la *Loi canadienne sur la santé* est d'abord de prévenir qu'ils se produisent. Le gouvernement n'a eu recours qu'exceptionnellement aux pénalités et seulement lorsque toutes les tentatives pour régler le litige se sont révélées infructueuses. La prévention des différends a produit de bons résultats pour nous par le passé et elle pourra servir nos intérêts communs à l'avenir. Par conséquent, il est important que les gouvernements continuent de participer activement à des comités fédéraux-provinciaux-territoriaux spéciaux sur les questions relatives à la *Loi canadienne sur la santé* et d'entreprendre, de gouvernement à gouvernement, des échanges d'information, des discussions et des efforts de clarification des questions à mesure qu'elles surgiront.

En outre, Santé Canada s'engage à fournir, à la demande d'une province ou d'un territoire, des évaluations préalables.

Règlement des différends

Lorsque les activités visant à prévenir un différend entre le gouvernement fédéral et un gouvernement provincial ou territorial se sont révélées infructueuses, l'un ou l'autre des ministres de la Santé concernés peut déclencher le processus de règlement des différends en rédigeant, à l'intention de son homologue, une lettre dans laquelle il expose la question litigieuse. Une fois entrepris, le processus de règlement des différends devra être complété avant de prendre toute mesure en vertu des dispositions de la *Loi canadienne sur la santé* relatives à la non-conformité.

Tout d'abord, dans les 60 jours suivant la date de la lettre de déclenchement du processus, les gouvernements qui seront parties au différend feront conjointement ce qui suit :

- ils recueilleront et mettront en commun tous les faits pertinents;
- ils rédigeront un rapport sur l'établissement des faits;
- ils négocieront en vue de résoudre la question litigieuse; et
- ils rédigeront un rapport sur la façon utilisée pour régler la question.

Toutefois, s'il advenait qu'on ne s'entende pas sur les faits ou que les négociations ne mènent pas au règlement de la question, l'un ou l'autre des ministres de la Santé concernés par le différend pourra déclencher le processus visant à référer la question à une tierce partie en écrivant à son homologue. Un comité spécial sera constitué dans les 30 jours qui suivront la date de cette lettre. Il se composera d'une personne désignée par la province ou le territoire ainsi que d'une personne désignée par le gouvernement fédéral. Ces deux personnes choisiront ensemble un président. Le comité spécial évaluera la question litigieuse conformément aux dispositions de la *Loi canadienne sur la santé*, entreprendra l'établissement des faits et formulera des conseils et des recommandations. Il présentera ensuite un rapport sur la question aux gouvernements en cause dans les 60 jours qui suivront la création du groupe.

Le ministre de la Santé du Canada détient l'autorité ultime en ce qui concerne l'interprétation et l'application de la *Loi canadienne sur la santé*. Avant de décider s'il invoquera les dispositions de la *Loi canadienne sur la santé* relatives à la non-conformité, le ministre de la Santé du Canada prendra le rapport du comité spécial en considération.

Rapports publics

Les gouvernements divulgueront au public les activités de prévention et de règlement des différends liés à la *Loi canadienne sur la santé*, y compris tout rapport d'un comité spécial.

J'estime que le gouvernement du Canada a donné suite aux engagements pris dans l'accord de septembre 2000 en matière de santé en fournissant 21,1 milliards de dollars au moyen du cadre financier et en collaborant dans d'autres domaines cernés dans l'accord. Je m'attends à ce que tous les premiers ministres provinciaux et territoriaux, ainsi que leurs ministres de la Santé, respectent le cadre d'imputabilité à l'égard du système de santé qu'ils ont accepté en septembre 2000. Le travail de nos représentants au sujet des indicateurs de rendement a été marqué par la collaboration et l'efficacité jusqu'à maintenant. La population canadienne s'attendra à ce que nous lui rendions des comptes au sujet de tous les indicateurs d'ici la date qui a été convenue, soit septembre 2002. Bien qu'un certain nombre de gouvernements, à ce que je sache, ne pourront peut-être pas rendre compte avec précision de tous les indicateurs d'ici cette date, l'obligation de rendre des comptes à la population canadienne est une composante essentielle de nos efforts pour renouveler notre système de santé. Il m'apparaît très important que les gouvernements travaillent à rendre des comptes au sujet de tous les indicateurs.

De plus, j'espère que tous les gouvernements provinciaux et territoriaux participeront au processus d'examen conjoint que tous les premiers ministres signataires de l'Entente-cadre sur l'union sociale avaient convenu de faire et termineront ce processus.

Le processus de prévention et de règlement des différends liés à la *Loi canadienne sur la santé* exposé dans la présente lettre est clair et simple. Si, plus tard, des modifications s'avéraient nécessaires, je m'engage à examiner le processus avec vous et les autres ministres provinciaux et territoriaux de la Santé. En procédant ainsi, nous démontrerons aux Canadiens et Canadiennes que nous sommes déterminés à renforcer et à préserver l'assurance-santé en prévenant et en réglant rapidement et équitablement les différends liés à la *Loi canadienne sur la santé*.

Je vous prie d'agréer, Monsieur, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

A. Anne McLellan

FICHE D'INFORMATION : PROCESSUS DE PRÉVENTION ET DE RÈGLEMENT DES DIFFÉRENDS LIÉS À LA LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ

Portée

Les dispositions décrites s'appliquent à l'interprétation des principes de la *Loi canadienne sur la santé*.

Prévention des différends

Afin d'éviter et de prévenir les différends, les gouvernements continueront :

- de participer activement des comités fédéraux-provinciaux-territoriaux spéciaux sur les litiges liés la *Loi canadienne sur la santé*;
- 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; et
- rédiger un rapport expliquant comment on a résolu le conflit.

Si l'on ne s'entend pas quant aux faits ou si les négociations échouent, n'importe quel ministre de la Santé engagé dans le conflit peut mettre en œuvre le processus de renvoi du litige à un comité en écrivant à son homologue.

- Dans les 30 jours suivant la date de la lettre, un comité sera établi. Le comité sera formé d'un représentant nommé par le gouvernement provincial ou territorial et un représentant nommé par le gouvernement fédéral, lesquels choisiront ensemble un président.
- Le comité évaluera le différend en fonction des dispositions de la *Loi canadienne sur la santé*, entreprendra l'établissement des faits, offrira des conseils et présentera des recommandations.
- Le comité présentera, dans les 60 jours suivant sa nomination, un rapport aux gouvernements en question.

Le ministre de la Santé du Canada détient l'autorité ultime en ce qui concerne l'interprétation et l'application de la *Loi canadienne sur la santé*. Afin de décider s'il invoquera les dispositions de la *Loi canadienne sur la santé* relatives à la non-conformité, le ministre de la Santé du Canada prendra le rapport du comité en considération.

Présentation de rapports au public

Les gouvernements présenteront des rapports au public sur les activités de prévention et de règlement des différends liés à la *Loi canadienne sur la santé*, y compris tout rapport présenté par le comité.

Révision

Le ministre de la Santé du Canada s'engage à revoir le processus avec les ministres provinciaux et territoriaux de la Santé si des ajustements s'avèrent éventuellement nécessaires.

Coordonnées des ministères provinciaux et territoriaux de la Santé

TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR

Ministère de la Santé et des Services communautaires
Édifice Confederation
B.P. 8700
St. John's (Terre-Neuve-et-Labrador) A1B 4J6
(709) 729-5021
www.gov.nl.ca/health

ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD

Ministère de la Santé et du Mieux-être
B.P. 2000
Charlottetown (Île-du-Prince-Édouard) C1A 7N8
(902) 368-6130
www.gov.pe.ca/health

NOUVELLE-ÉCOSSE

Ministère de la Santé et du Mieux-être
B.P. 488
Halifax (Nouvelle-Écosse) B3J 2R8
(902) 424-5818
www.gov.ns.ca/health/

NOUVEAU-BRUNSWICK

Ministère de la Santé
B.P. 5100
Frédéricton (Nouveau-Brunswick) E3B 5G8
(506) 457-4800
www.gnb.ca/0051/index-f.asp

QUÉBEC

Ministère de la Santé et des Services sociaux
1075, chemin Sainte-Foy
Québec (Québec) G1S 2M1
(418) 266-7005
www.msss.gouv.qc.ca

ONTARIO

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
Édifice Hepburn, 10^e étage
80, rue Grosvenor
Toronto (Ontario) M7A 1R3
1-800-268-1153
www.health.gov.on.ca

MANITOBA

Santé Manitoba
300, rue Carlton
Winnipeg (Manitoba) R3B 3M9
1-800-392-1207
www.manitoba.ca/health

SASKATCHEWAN

Saskatchewan Health
3475 Albert Street
Regina, SK S4S 6X6
1-800-667-7766
www.health.gov.sk.ca

ALBERTA

Alberta Health and Wellness
P.O. Box 1360, Station Main
Edmonton, AB T5J 2N3
(780) 427-1432
www.health.alberta.ca

COLOMBIE-BRITANNIQUE

Ministère des Services de Santé
1515, rue Blanshard
Victoria (Colombie-Britannique) V8W 3C8
Sans frais en C.B. : 1-800-465-4911
À Victoria : 250-952-1742
www.gov.bc.ca/health

YUKON

Health and Social Services
204 Lambert Street, 4th Floor
Financial Plaza
Whitehorse, YT Y1A 2C6
1-867-667-5202
www.hss.gov.yk.ca/

TERRITOIRES DU NORD-OUEST

Ministère de la Santé et des Services sociaux
B.P. 1320
Yellowknife (Territoires du Nord-Ouest) X1A 2L9
1-800-661-0830 ou 1-867-777-7413
www.hlthss.gov.nt.ca

NUNAVUT

Ministère de la Santé et des Services sociaux
C.P. 1000, succursale 1000
Iqaluit (Nunavut) X0A 0H0
1-867-975-5700
www.gov.nu.ca/health/