



Santé
Canada

Health
Canada

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

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

Loi canadienne sur la santé

Rapport annuel
2005-2006

2005-2006

Canada 

Santé Canada est le ministère fédéral chargé d'aider les Canadiennes et les Canadiens à conserver et à améliorer leur santé. Nous évaluons l'innocuité des médicaments et de nombreux produits de consommation, nous aidons à améliorer la salubrité des aliments et nous offrons de l'information aux Canadiennes et aux Canadiens afin de les aider à prendre de saines décisions. Nous offrons des services de santé aux peuples des Premières nations et aux communautés inuites. Nous travaillons de pair avec les provinces pour s'assurer que notre système de soins de santé dessert bien les Canadiennes et les Canadiens.

Publication autorisée par le ministre de la Santé.

Loi canadienne sur la santé – Rapport annuel 2005-2006

est disponible sur Internet à l'adresse suivante :

<http://www.healthcanada.gc.ca/medicare>

Also available in English under the title:

Canada Health Act — Annual Report 2005–2006

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 copies 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

Courriel : publications@hc-sc.gc.ca

© Sa Majesté la Reine du Chef du Canada, représentée par le ministre de Santé Canada, 2006

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. : 1238

Cat. : H1-4/2006F

ISBN : 0-662-72690-1

Minister of Health



Ministre de la Santé

The Honourable/L'honorable Tony Clement

Ottawa, Canada K1A 0K9

*Son Excellence la très honorable Michaëlle Jean,
Gouverneure générale et Commandante en chef du Canada*

Qu'il plaise à Votre Excellence,

J'ai l'honneur de présenter à Votre Excellence le rapport annuel sur l'application de la *Loi canadienne sur la santé* pour l'exercice qui s'est terminé le 31 mars 2006.

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

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Tony Clement".

Tony Clement

Canada



Remerciements

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

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

Ministère de la Santé 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

Ministère de la Santé du Manitoba

Ministère de la Santé de la Saskatchewan

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

Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Yukon

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

Ministère de la Santé et des Services sociaux de Nunavut

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



Table des matières

Remerciements	iii
Introduction	1
Chapitre 1 – Aperçu de la Loi canadienne sur la santé	3
Chapitre 2 – Administration et conformité	9
Chapitre 3 – Les régimes d'assurance-maladie provinciaux et territoriaux en 2005-2006	15
Terre-Neuve-et-Labrador	17
Île-du-Prince-Édouard	33
Nouvelle-Écosse	49
Nouveau-Brunswick	67
Québec	79
Ontario	85
Manitoba	101
Saskatchewan	119
Alberta	139
Colombie-Britannique	153
Yukon	177
Territoires du Nord-Ouest	195
Nunavut	205
Annexe A – Loi canadienne sur la santé et Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs	217
Annexe B – Énoncés de politiques liées à la Loi canadienne sur la santé	239
Annexe C – Processus de prévention et de règlement des différends liés à la Loi canadienne sur la santé	249
Annexe D – Lexique des termes utilisés dans le Rapport annuel	255
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 médico-hospitalière est une mosaïque de 13 régimes provinciaux et territoriaux d'assurance-maladie, et il est conçu pour garantir à tous les citoyens admissibles du Canada un accès raisonnable à des services hospitaliers et à des services de médecin médicalement nécessaires, prépayés, sans qu'ils aient à débours des frais directs au point de service.

Le système canadien actuel d'assurance médico-hospitalière 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 et 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. En 1961, toutes les provinces et tous les territoires avaient des régimes d'assurance-maladie publics qui garantissaient un accès universel aux services hospitaliers. La Saskatchewan a encore une fois fait œuvre de pionnière en assurant les services de médecin à compter de 1962. Le gouvernement du Canada a adopté la *Loi sur les services médicaux* en 1966 pour partager avec les provinces le coût des services de médecin assurés. En 1972, tous les régimes provinciaux et territoriaux avaient été élargis pour inclure les services de médecin.

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 a réitéré que les services de santé au Canada étaient parmi les meilleurs au monde, mais a prévenu que la surfacturation pratiquée par les médecins et les frais d'utilisation exigés par les hôpitaux créaient un système à deux vitesses qui menaçait l'accessibilité des soins. Ce rapport, et le débat national qu'il a enclenché, ont conduit à l'adoption de la *Loi canadienne sur la santé* en 1984.

La *Loi canadienne sur la santé*, la loi fédérale en matière d'assurance médico-hospitalière au Canada, définit les principes nationaux qui gouvernent le système canadien, c'est-à-dire administration publique, intégralité, universalité, transférabilité et accessibilité. Ces principes symbolisent les valeurs canadiennes sous-jacentes 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 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-maladie provinciaux et territoriaux doivent respecter pour que soit versée en entier la contribution en espèces prévue aux termes 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 la Loi canadienne sur la santé*. Même s'il s'adresse d'abord aux parlementaires, le rapport est un document public facilement accessible 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 rendre compte prévues dans la *Loi*, mais son objet n'est pas de commenter l'état du système de soins de santé canadien dans son ensemble.

Dans l'application de la *Loi*, Santé Canada met l'accent sur la transparence, la consultation et le dialogue avec les ministères de la Santé provinciaux et territoriaux. L'application des sanctions financières prévues aux termes du Transfert canadien en matière de santé n'est considérée qu'en dernier recours quand toutes les options pour régler un différend par la collaboration ont été épuisées. En conformité avec 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 général, non seulement les régimes provinciaux et territoriaux d'assurance-maladie respectent-ils les conditions de la *Loi canadienne sur la santé*, mais, dans de nombreux cas, les principes de la *Loi* sont réitérés dans les lois et les règlements provinciaux et territoriaux.

À l'heure actuelle, les plus grandes craintes en ce qui a trait à la conformité à la *Loi canadienne sur la santé* concernent l'accessibilité, en particulier les frais imposés aux patients et la possibilité de faire fi des files d'attente en obtenant des services médicalement nécessaires dans des cliniques privées. Santé Canada a fait part de ces préoccupations aux provinces qui permettent ces pratiques.

Chapitre 1

Aperçu de la Loi canadienne sur la santé

Le chapitre 1 décrit la *Loi canadienne sur la santé* et ses dispositions, et en présente les principales définitions. On y trouve également une description de son règlement et de ses dispositions réglementaires, à quoi s'ajoutent les lettres d'anciens ministres fédéraux de la Santé, l'honorable Jake Epp et l'honorable 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. La *Loi* présente l'objectif principal de la politique canadienne des soins de santé, qui consiste « à protéger, à promouvoir et à rétablir le bien-être physique et mental des résidents du Canada, et à leur donner, dans des conditions raisonnables, accès aux services de santé, sans que des obstacles financiers ou d'un autre ordre s'y opposent ».

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

La *Loi canadienne sur la santé* a pour objet de veiller à ce que tous les habitants admissibles du Canada aient, selon des conditions raisonnables, accès aux services qui sont médicalement nécessaires sans avoir à déboursier directement pour ces services au point de service.

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 celles qui purgent une peine d'emprisonnement dans un pénitencier fédéral.

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

Les **services hospitaliers assurés** sont les services médicalement nécessaires fournis dans un hôpital à des malades hospitalisés ou externes, tels que l'hébergement régulier ou en salle commune et les repas et l'hébergement à supplément s'il est jugé médicalement nécessaire; les services infirmiers; les actes de laboratoire, de radiologie ou autres actes de diagnostic, ainsi que les interprétations nécessaires; les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes lorsqu'ils sont administrés à l'hôpital; l'usage des salles d'opération, des chambres d'attente avant l'accouchement et des installations d'anesthésie, y compris le matériel et les fournitures nécessaires; les fournitures et le matériel médicaux et chirurgicaux; l'usage des installations de radiothérapie; l'usage des installations de physiothérapie; ainsi que les services fournis par des personnes qui sont rémunérées par l'hôpital, ce qui ne comprend pas les services exclus en vertu des règlements.

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

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

Les **services complémentaires de santé** sont les services de soins de longue durée en établissement (les soins intermédiaires en maison de repos et les soins en établissement pour adultes), les soins de santé à domicile et les soins ambulatoires.

Dispositions de la Loi canadienne sur la santé

Aux termes de la *Loi canadienne sur la santé*, les provinces et territoires doivent satisfaire à neuf conditions pour avoir droit à la pleine contribution pécuniaire du gouvernement fédéral. Ce sont :

- les cinq conditions d'octroi s'appliquant uniquement aux services de santé assurés;
- les deux conditions qui s'appliquent aux services de santé assurés et aux services complémentaires;
- le respect de deux dispositions concernant la sur-facturation et les frais modérateurs, qui s'appliquent uniquement aux services de santé assurés.

Conditions d'octroi

1. Gestion publique (article 8)

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

2. Intégralité (article 9)

La condition de gestion publique suppose que le régime provincial ou territorial d'assurance-santé couvre tous les services de santé assurés fournis par les hôpitaux, les médecins ou les dentistes (c.-à-d. les services de chirurgie dentaire qui doivent être fournis dans un hôpital) et

lorsque la loi de la province le permet, les services semblables ou complémentaires fournis par d'autres professionnels de la santé.

3. Universalité (article 10)

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

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

4. Transférabilité (article 11)

Les assurés qui déménagent dans une autre province ou un autre territoire continuent d'être protégés par le régime de leur province ou territoire « d'origine » pendant le délai minimal de résidence imposé par le régime de la nouvelle province ou du nouveau territoire. Le délai d'admissibilité à un régime d'assurance-santé provincial ou territorial ne doit pas excéder trois mois. Après ce délai, la nouvelle province ou le nouveau territoire de résidence assume la couverture des soins de santé.

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

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

Lorsque des assurés sont temporairement absents parce qu'ils sont dans une autre province ou un autre territoire, la condition de transférabilité requiert que les services

assurés soient payés selon les tarifs de la province d'accueil. Si des assurés sont temporairement absents du pays, les services assurés doivent être payés selon les tarifs prévus dans la province d'origine.

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

5. Accessibilité (article 12)

La condition d'accessibilité vise à assurer l'accès raisonnable pour les habitants d'une province ou d'un territoire aux services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire assurés, selon des modalités uniformes et sans qu'il soit restreint, directement ou indirectement, par des frais modérateurs, une surfacturation ou d'autres moyens (p. ex. la discrimination fondée sur l'âge, l'état de santé ou la situation financière).

De plus, les régimes d'assurance-santé de la province ou du territoire doivent prévoir :

- la rémunération raisonnable des médecins et des dentistes pour tous les services de santé assurés fournis;
- le versement aux hôpitaux de montants à l'égard des services de santé assurés.

Aux termes de la *Loi canadienne sur la santé*, l'accès raisonnable sur le plan de la disponibilité physique des services médicalement nécessaires doit être interprété selon la règle « du lieu où les services sont offerts et de leur disponibilité ». Ainsi, les 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 selon la disponibilité de ces services, selon des modalités uniformes.

Conditions de versement

1. Renseignements (article 13(a))

Aux fins de la *Loi*, les administrations provinciales et territoriales sont tenues de communiquer au ministre de la Santé, selon des modalités raisonnables, des renseignements touchant les services de santé assurés et les services complémentaires de santé.

2. Reconnaissance (article 13(b))

Les administrations provinciales et territoriales doivent faire état de la contribution fédérale aux services de santé assurés et aux services complémentaires de santé.

Surfacturation et frais modérateurs

Les dispositions de la *Loi canadienne sur la santé* qui visent à dissuader les provinces et les territoires à pratiquer la surfacturation et l'imposition de frais modérateurs pour les services de santé assurés sont énoncées aux articles 18 à 21 de la *Loi*. S'il est établi qu'une province ou un territoire permet la surfacturation ou les frais modérateurs, une retenue doit être faite en vertu de la *Loi* à même le transfert fédéral en espèces à cette province ou à ce territoire. Le montant de la retenue pour un exercice est déterminé par le ministre fédéral de la Santé en fonction des renseignements fournis par la province ou le territoire conformément au *Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs* décrit ci-dessous.

Surfacturation (article 18)

Au sens de la *Loi canadienne sur la santé*, la surfacturation est la facturation de la prestation à un assuré par un médecin ou un dentiste d'un service de santé assuré, en excédent par rapport au montant payé ou à payer pour la prestation de ce service au titre du régime provincial d'assurance-santé. Si, par exemple, un médecin demande une somme donnée à ses patients pour une consultation déjà couverte par un régime provincial ou territorial d'assurance-maladie, la somme demandée constitue une surfacturation. La surfacturation est perçue comme un obstacle ou une entrave pour les personnes qui ont besoin de soins médicaux; elle contrevient donc à la condition 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 provincial 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. Si, par exemple, un patient se voit imposer des frais pour avoir reçu un service assuré d'un centre hospitalier ou d'une clinique, ces frais sont

réputés être des frais modérateurs. Les frais modérateurs ne sont pas permis par la *Loi*, et comme la surfacturation, constituent un obstacle à l'accès.

Autres éléments de la Loi

Règlement (article 22)

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

- définir les services visés par la définition de « services complémentaires de santé » de la *Loi canadienne sur la santé*;
- déterminer les services exclus des services hospitaliers;
- déterminer le genre de renseignements que le ministre fédéral de la Santé peut raisonnablement demander d'une province ou d'un territoire, ainsi que le moment et la façon de la fourniture de cette information;
- prévoir la façon dont les provinces et les territoires doivent faire état du Transfert canadien en matière de santé (TCS) 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 des prévisions des montants surfacturés et des frais modérateurs avant le début de l'exercice de sorte que les pénalités applicables puissent être imposées. Il prescrit également de fournir les états financiers indiquant les montants réellement facturés de sorte que les rapprochements avec les retenues réelles puissent être faits. (Une copie du *Règlement* figure à l'annexe A).

Pénalités imposées en vertu de la Loi canadienne sur la santé

Pénalités obligatoires

Aux termes de la *Loi*, les provinces et territoires qui autorisent la surfacturation et les frais modérateurs s'exposent à une retenue obligatoire d'un montant équivalent sur leurs paiements de transfert fédéraux au titre du TCS. Par exemple, si l'on détermine qu'une province a autorisé les

médecins à pratiquer la surfacturation pour un montant total de 500 000 \$, ce montant sera retenu sur les paiements de transfert fédéraux versés à cette province.

Pénalités discrétionnaires

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

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

Personnes et services exclus

Bien que la *Loi canadienne sur la santé* requière que les services de santé assurés soient offerts aux assurés dans le respect des critères et des conditions 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 soins 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*, les provinces et les territoires offrent toute une gamme de services et de prestations qui ne le sont pas. Ces services et prestations supplémentaires sont offerts à la discrétion des administrations provinciales et territoriales, selon leurs propres conditions, et ils peuvent varier d'une province ou d'un territoire à l'autre. Parmi ces services supplémentaires, mentionnons des prestations pour médicaments d'ordonnance, des services ambulanciers et des services d'optométrie.

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

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

Personnes exclues

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

Par ailleurs, d'autres catégories de résidents, notamment les immigrants reçus et les Canadiens de retour d'un séjour dans un autre pays peuvent être assujettis à une période d'attente imposée par une province ou un territoire. La *Loi* stipule que cette période d'attente ne peut pas dépasser trois mois.

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

L'exclusion de ces personnes de la couverture des services de santé assurés a été arrêtée 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 financés par l'État.

Lettres sur l'interprétation des politiques

Il existe deux énoncés de politiques qui précisent la position du gouvernement fédéral concernant la *Loi canadienne sur la santé*. Ces énoncés ont été présentés sous forme de lettres ministérielles par d'anciens ministres fédéraux de la Santé à leurs homologues provinciaux et territoriaux. 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* 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*.

La lettre du ministre Epp faisait suite à plusieurs mois de consultations avec les provinces et les territoires. Elle expose les énoncés de politique générale fédérale qui clarifient 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 en matière d'interprétation de la *Loi*.

Lettre « Marleau » – Politique fédérale sur les cliniques privées

Entre février et décembre 1994 a eu lieu une série de sept réunions fédérales-provinciales-territoriales portant uniquement ou en partie sur les établissements privés. Il était question de la multiplication des cliniques privées offrant des services médicalement nécessaires financés en partie par le système public et en partie par les patients, et de leurs conséquences sur le système canadien de soins de santé universel et financé par l'État.

À la réunion fédérale-provinciale-territoriale de septembre 1994 des ministres de la Santé à Halifax, tous les ministres présents, à l'exception de celui de l'Alberta, ont convenu de

« prendre les mesures qui s'imposaient pour régler le développement des cliniques privées au Canada ».

Le 6 janvier 1995, la ministre de la Santé, Diane Marleau, a écrit aux ministres provinciaux et territoriaux de la Santé pour annoncer la nouvelle politique fédérale sur les cliniques privées. La lettre de la ministre présentait l'interprétation fédérale de la *Loi canadienne sur la santé* en ce qui concerne l'imposition directe de frais d'établissement aux patients qui reçoivent des services médicaux nécessaires dans une clinique privée. La lettre stipulait aussi que la définition d'« hôpital » de la *Loi canadienne sur la santé* comprend tout établissement public qui offre des soins actifs, de longue durée et de réadaptation. Ainsi, lorsqu'un régime provincial ou territorial d'assurance-santé paye les honoraires d'un médecin pour un service médicalement nécessaire offert dans une clinique privée, il doit également payer les frais d'établissement ou s'attendre à ce qu'une retenue soit faite sur les paiements de transfert du gouvernement fédéral.

Processus de prévention et de règlement des différends

En avril 2002, la ministre fédérale de la Santé d'alors, A. Anne McLellan décrivait, dans une lettre qu'elle adressait à ses homologues provinciaux et territoriaux, un processus de prévention et de règlement des différends liés à la *Loi canadienne sur la santé* dont avaient convenu l'ensemble des

provinces et des territoires à l'exception du Québec. Le processus permet de satisfaire au désir des administrations fédérale, provinciales et territoriales de prévenir les différends liés à l'interprétation des principes de la *Loi* et, lorsqu'il est impossible d'y parvenir, de les régler de façon équitable et transparente, et dans les meilleurs délais.

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 s'occupant 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.

Le ministre fédéral 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*. Pour décider de l'opportunité d'invoquer les dispositions sur les manquements à la *Loi*, le ministre prendra en considération le rapport du groupe.

Veuillez vous reporter à l'annexe C pour consulter la lettre de la ministre McLellan.

Chapitre 2

Administration et conformité

Administration

Le ministre fédéral de la Santé administre la *Loi canadienne sur la santé* avec l'aide des agents de politiques, de communications et d'information de Santé Canada, à Ottawa et dans les six bureaux régionaux, ainsi que des avocats 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*. Il privilégie toujours la résolution des problèmes avec les provinces et les territoires en faisant appel à la consultation, à la collaboration et à la coopération.

Division de la Loi canadienne sur la santé

La Division de la *Loi canadienne sur la santé* fait partie de la Direction des affaires intergouvernementales de la Direction générale de la politique de la santé de Santé Canada, et est responsable de l'administration de la *Loi*. Les fonctionnaires de la Division qui travaillent à Ottawa et dans les régions sont chargés des fonctions permanentes suivantes :

- surveiller et analyser les régimes provinciaux et territoriaux d'assurance-santé pour en vérifier la conformité aux critères et conditions de la *Loi* et à ses dispositions sur la surfacturation et les frais modérateurs;
- travailler en partenariat avec les provinces et les territoires afin d'examiner et de résoudre les problèmes de conformité à la *Loi* et de mener des activités qui favorisent le respect de cette *Loi*;
- informer le ministre en cas d'éventuels manquements à la *Loi* et recommander les mesures à prendre;
- rédiger et produire le Rapport annuel sur l'application de la *Loi canadienne sur la santé* portant sur l'administration et l'application de la *Loi*;
- établir et entretenir des relations et des partenariats officiels et informels avec les fonctionnaires des ministères provinciaux et territoriaux de la Santé pour favoriser l'échange de renseignements;
- recueillir, résumer et analyser des renseignements pertinents sur les systèmes de santé provinciaux et territoriaux;
- diffuser des renseignements sur la *Loi* et les régimes d'assurance-maladie publics du Canada;
- donner suite aux demandes de renseignements et à la correspondance concernant la *Loi* en préparant des réponses aux questions sur la *Loi* ou l'assurance-maladie, reçues par téléphone, courrier ou Internet de la part du public, des députés, des ministres, des organisations concernées ou des médias;
- analyser les enjeux et faire de la recherche stratégique pour présenter des options et des recommandations stratégiques relatives à l'interprétation de la *Loi*;
- collaborer avec les représentants des ministères provinciaux et territoriaux en ce qui a trait aux recommandations présentées au ministre concernant l'interprétation de la *Loi*; et
- collaborer avec les représentants des ministères provinciaux et territoriaux par l'entremise du Comité de coordination des ententes interprovinciales en assurance-santé (CCEIAS)(voir ci-après).

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. Le CCEIAS a été créé en 1991. Il traite des questions concernant la facturation interprovinciale et interterritoriale des services hospitaliers et médicaux, ou associées à l'inscription et à l'admissibilité aux régimes d'assurance-maladie. Il doit veiller à l'application des ententes interprovinciales et interterritoriales en assurance-santé, conformément à la *Loi canadienne sur la santé*.

Les dispositions de la *Loi* sur la transférabilité au Canada sont appliquées dans le cadre d'une série d'ententes inter-

provinciales et interterritoriales sur la facturation réciproque des services médicaux et hospitaliers. En général, cela signifie que la carte d'assurance-maladie est acceptée en guise de paiement lorsque le patient doit recevoir des services hospitaliers ou médicaux dans une autre province ou un autre territoire. L'administration qui offre le service facture directement la province ou le territoire où habite le 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 permettent aux habitants du Canada qui voyagent au pays de ne pas payer de frais au point de service lorsqu'ils reçoivent des soins hospitaliers ou médicaux médicalement nécessaires. Toutefois, ces ententes sont interprovinciales et interterritoriales, et les provinces et territoires ne sont pas tenus de les signer aux termes de la *Loi*.

Conformité

Conformément à ce qui a été mentionné au chapitre 1, les provinces et les territoires doivent respecter les critères et les conditions de la *Loi canadienne sur la santé* pour recevoir la pleine contribution pécuniaire au titre du Transfert canadien en matière de santé (TCS) (avant le 1^{er} avril 2004, la contribution pécuniaire était versée au titre du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux). La section ci-après décrit la façon dont Santé Canada détermine si les provinces et les territoires respectent la *Loi*.

Pour régler d'éventuels manquements à la *Loi*, Santé Canada adopte une approche qui privilégie la transparence, la consultation et le dialogue avec les autorités provinciales et territoriales de la santé. La plupart du temps, les cas sont réglés au moyen de consultations et de discussions fondées sur un examen approfondi des faits. Le Ministère a eu recours aux retenues uniquement lorsque toutes les solutions proposées ont échoué. Jusqu'à présent, la grande majorité des différends et des problèmes associés à l'administration et à l'interprétation de la *Loi canadienne sur la santé* a été traitée et résolue sans qu'il faille imposer de pénalités.

Les fonctionnaires de Santé Canada entretiennent des rapports réguliers avec les représentants des ministères provinciaux et territoriaux de la Santé et les administrateurs de régimes d'assurance-maladie pour trouver des solutions aux problèmes courants auxquels les Canadiens peuvent être confrontés sur le plan de l'admissibilité à la couverture et de la transférabilité de cette couverture à l'intérieur et à l'extérieur du Canada.

Les employés de la Division de la *Loi canadienne sur la santé* et des bureaux régionaux surveillent le fonctionnement des régimes provinciaux et territoriaux d'assurance-maladie afin de conseiller le ministre sur les manquements possibles à la *Loi*. Leurs sources d'information sont notamment : les gouvernements provinciaux et territoriaux ainsi que les fonctionnaires et les publications de ces administrations; 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, à la Division, évalue les problèmes et les plaintes au cas par cas. Ce processus comprend la compilation de l'ensemble des faits et des renseignements sur 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 ne sont pas en lien direct avec la *Loi*, ou d'autres qui peuvent l'être, mais sont attribuables à un malentendu ou à une mauvaise communication et se règlent rapidement avec l'aide des provinces et des territoires. Lorsqu'une question concernant la *Loi canadienne sur la santé* est soulevée et n'est pas résolue après les demandes initiales à cet égard, les fonctionnaires de la Division demandent à l'administration visée d'enquêter et de lui faire part de ses conclusions. Ensuite, ils discutent de la question et de la solution possible avec les fonctionnaires provinciaux. Seules les questions qui n'ont pas pu être réglées de cette façon sont portées à l'attention du ministre fédéral de la Santé.

Problèmes associés à la conformité

Dans l'ensemble, les régimes d'assurance-maladie provinciaux et territoriaux respectent les conditions de la *Loi canadienne sur la santé*. Toutefois, certaines préoccupations persistent. Les plus importantes ont trait à l'accessibilité, en particulier les frais imposés aux patients et le resquillage qui permet d'avoir accès à 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-maladie provinciaux et territoriaux, que ces services soient fournis dans un hôpital ou dans un établissement qui fournit des soins hospitaliers. L'accès privilégié et les frais imposés aux personnes assurées dans des cliniques de chirurgie privées au Québec et en Colombie-Britannique, pour des services couverts en vertu des régimes de ces provinces, suscitent des inquiétudes. L'accès privilégié et les frais imposés à des cliniques de diagnostic privées demeurent problématiques dans cinq provinces (Colombie-Britannique, Alberta, Manitoba, Québec, et Nouvelle-Écosse). Ces cliniques privées exigent des frais des patients et leur permettent de recevoir des services assurés avant les autres.

En 2005-2006, Santé Canada est parvenu à un accord avec le Manitoba relativement aux frais imposés aux patients pour les fournitures médicales et chirurgicales.

Également en 2005-2006, le ministre fédéral de la Santé a informé son homologue du Nouveau-Brunswick de son intention de soumettre à un comité institué en vertu du Processus de prévention et de règlement des différends liés à la *Loi canadienne sur la santé* le refus de sa province de couvrir les avortements médicalement nécessaires pratiqués dans des cliniques.

Déductions du Transfert canadien en matière de santé en 2005-2006

Des déductions au titre du Transfert canadien en matière de santé de mars 2006 ont été appliquées à la Colombie-Britannique pour la surfacturation pratiquée et les frais exigés des patients à des cliniques de chirurgie en 2003-2004. Ces déductions ont été de 29 019 \$, en fonction des frais indiqués à Santé Canada par la province.

Un rajustement positif ponctuel de 8 121 \$ en faveur de la Nouvelle-Écosse a été appliqué au TCS de 2006 afin de faire concorder les sommes effectivement exigées sous forme de surfacturation et de frais d'utilisation à une clinique privée avec les pénalités déjà imposées sur la base des estimations de la province pour l'exercice financier 2003-2004.

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, réaffirme l'engagement du gouvernement fédéral quant au respect des principes originaux du régime de soins de santé du Canada, tels qu'intégrés aux lois précédentes (*Loi sur les soins médicaux* et *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques*). Afin d'éliminer la multiplication des cas de perception directe de frais pour des services hospitaliers et médicaux, le gouvernement fédéral a décidé d'appliquer une pénalité dollar pour dollar de la surfacturation et l'imposition de frais modérateurs qui, selon lui, réduisent l'accès de nombreux Canadiens et Canadiennes aux soins de santé pour des raisons financières.

De 1984 à 1987, le paragraphe 20(5) de la *Loi* prévoyait le remboursement des retenues relatives à ces frais aux provinces les ayant éliminés avant le 1^{er} avril 1987. Le

31 mars 1987, il a été établi que toutes les provinces qui effectuaient la surfacturation et imposaient des frais modérateurs avaient pris les mesures adéquates pour éliminer ces pratiques. En conséquence, en juin 1987, un montant totalisant 244,732 M\$ en retenues était remboursé au Nouveau-Brunswick (6,886 M\$), au Québec (14,032 M\$), à l'Ontario (106,656 M\$), au Manitoba (1,270 M\$), à la Saskatchewan (2,107 M\$), à l'Alberta (29,032 M\$) et à la Colombie-Britannique (84,749 M\$).

À la suite de la période de transition initiale de trois ans de la *Loi canadienne sur la santé*, pendant laquelle on accordait le remboursement des retenues aux provinces et aux territoires, aucune pénalité en vertu de la *Loi* n'a été imposée avant l'exercice 1994-1995. Un différend entre la British Columbia Medical Association et le gouvernement de la Colombie-Britannique au sujet de la rémunération a amené plusieurs médecins à se retirer du régime d'assurance-maladie provincial et à faire payer le patient directement. Certains médecins facturaient à ceux-ci un montant supérieur à celui qu'ils pouvaient récupérer du régime d'assurance-maladie provincial. Ce montant, qui était trop élevé, constituait une surfacturation en vertu de la *Loi*. Les déductions sont entrées en vigueur en mai 1994, incluant les ajustements d'années antérieures 1992-1993, jusqu'en septembre 1995 – année où des modifications à la *Medicare Protection Act* de la Colombie-Britannique interdisant la surfacturation sont entrées en vigueur. Des retenues totalisant 2,025 M\$ étaient effectuées sur le montant versé à la Colombie-Britannique au titre du Transfert pour 1992-1993 à 1995-1996. Ces déductions et toutes les déductions subséquentes ne sont pas remboursables.

En janvier 1995, la ministre fédérale de la Santé, Diane Marleau, a fait part à ses collègues provinciaux et territoriaux de son inquiétude quant à la création d'un système de soins de santé à deux vitesses et à l'émergence de cliniques privées imposant des frais d'établissement pour des services médicalement nécessaires. Dans le cadre des communications qu'elle a établies avec les provinces et les territoires, elle a annoncé qu'elle leur accordait un sursis de plus de neuf mois pour éliminer les frais modérateurs, à défaut de quoi des sanctions pécuniaires leur seraient imposées en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*. En conséquence, dès novembre 1995, des retenues

ont été effectuées sur le montant versé à l'Alberta, au Manitoba, à la Nouvelle-Écosse et à Terre-Neuve-et-Labrador au titre des paiements de transfert en raison de leur non-conformité avec la Politique fédérale sur les cliniques privées.

De novembre 1995 à juin 1996, des retenues totalisant 3,585 M\$ ont été soustraites des paiements de transfert versés à l'Alberta relativement aux frais d'établissement facturés 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-maladie provincial.

Dans le même ordre d'idées, en raison de l'imposition de frais d'établissement dans une clinique d'avortement, un total de 284 430 \$ a été déduit du paiement de transfert accordé à Terre-Neuve-et-Labrador avant l'abolition de ces frais, à compter du 1^{er} janvier 1998.

De novembre 1995 à décembre 1998, les retenues totales faites aux paiements de transfert versés au Manitoba s'élevaient à 2 055 000 \$; elles ont pris fin 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 retenue mensuelle (d'octobre 2001 à mars 2002, inclusive) au montant de 50 033 \$ a été faite sur les contributions pécuniaires au Manitoba au titre du TCSPS, fondée sur une déclaration financière qu'a fait la province qui démontrait que les montants réels des frais modérateurs envers des services assurés pendant les exercices 1997-1998 et 1998-1999 étaient supérieurs aux retenues appliquées basées sur des estimations. Le total des retenues appliquées au Manitoba s'élevait donc à 2 355 201 \$.

Avec la fermeture de la clinique d'avortement Morgentaler à Halifax le 27 novembre 2003, il a été établi que la Nouvelle-Écosse était conforme à la Politique fédérale sur les cliniques privées. Avant la fermeture, un total de 372 135 \$ avait été déduit des paiements de transfert du TCSPS accordés à la Nouvelle-Écosse pour avoir failli de couvrir les frais d'établissement pour les patientes tout en payant les honoraires médicaux.

En janvier 2003, la Colombie-Britannique a présenté un rapport 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 demandés pendant l'exercice 2000-2001 en ce qui a trait à la surfacturation et aux frais modérateurs totalisait 4 610 \$. Un montant de 4 610 \$ a donc été retenu du paiement de transfert du TCSPS de mars 2003.

En 2004, la Colombie-Britannique n'a pas signalé à Santé Canada les montants de la surfacturation et des frais modérateurs réels demandé pour l'exercice 2001-2002, conformément 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 du TCSPS de mars 2004 versé à la Colombie-Britannique, en fonction du montant qui aurait été imposé pendant l'exercice 2001-2002 d'après les estimations de Santé Canada.

Des déductions au titre du Transfert canadien en matière de santé de mars 2005 ont été appliquées à trois provinces concernant la facturation de 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 des services 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 ayant déjà été appliquées pour des frais imposés à des patients d'une clinique privée de cette province.

Des déductions au titre du TCS de mars 2006 ont été appliquées à la Colombie-Britannique pour la surfacturation pratiquée et les frais exigés des patients à des cliniques de chirurgie en 2003-2004. Ces déductions ont été de 29 019 \$ et ont été calculées sur la base des frais que la province a déclarés à Santé Canada.

Un rajustement positif ponctuel de 8 121 \$ en faveur de la Nouvelle-Écosse a été appliqué au TCS de 2006 afin de faire concorder les sommes effectivement exigées sous forme de surfacturation et de frais d'utilisation à une clinique privée avec les pénalités déjà imposées sur la base des estimations de la province pour l'exercice financier 2003-2004.

Depuis l'entrée en vigueur de la *Loi canadienne sur la santé*, d'avril 1984 à mars 2005, une déduction totale de 8 853 076 \$ a été appliquée à des transferts provinciaux en raison des dispositions de la *Loi* sur la surfacturation et les frais modérateurs. Ce montant exclut les déductions totalisant 244 732 000 \$ qui ont été effectuées entre 1984 et 1987 et qui ont été remboursées par la suite aux provinces lorsque la surfacturation et les frais modérateurs ont été éliminés.



Chapitre 3

Les régimes d'assurance-maladie provinciaux et territoriaux en 2005-2006

Le chapitre 3 porte sur les 13 régimes d'assurance-maladie provinciaux et territoriaux qui constituent le système public d'assurance-maladie du Canada. Il a pour objet de montrer avec clarté et méthode dans quelle mesure les régimes d'assurance-maladie des provinces et des territoires ont satisfait aux exigences de la *Loi canadienne sur la santé* en 2005-2006.

Les représentants officiels des provinces, des territoires et du gouvernement fédéral ont collaboré afin de produire les aperçus du plan détaillé que l'on retrouve au chapitre 3. Toutes les provinces ainsi que les territoires ont soumis des informations descriptives détaillées de leurs plans d'assurance-santé, sauf le Nouveau-Brunswick et le Québec qui n'ont pas fourni les données supplémentaires inscrites dans les tableaux du rapport de cette année. L'information que les ministères provinciaux et territoriaux de la Santé ont transmis pour le rapport comporte deux volets :

- une description du système de soins de santé provincial ou territorial en fonction des cinq conditions d'octroi et de la première condition de la *Loi canadienne sur la santé* (à savoir fournir au ministre de la Santé des renseignements sur les services de santé assurés et les services complémentaires de santé), présentée plus loin dans le présent chapitre;
- des statistiques liées aux services de santé assurés.

L'information présentée dans le premier volet sert au suivi des régimes d'assurance-maladie provinciaux et territoriaux et à la vérification de la conformité aux prescriptions de la *Loi canadienne sur la santé*, tandis que les statistiques permettent de dégager les tendances actuelles ou qui se dessinent dans le système de soins de santé canadien.

Pour aider les provinces et les territoires qui préparent leur contribution au rapport à le faire conformément à ses exigences, Santé Canada leur a fourni le document *Rapport annuel de 2005-2006 sur l'application de la Loi canadienne sur la santé – Guide de mise à jour des présentations*. Cet ouvrage a été conçu par voie de discussions avec les fonctionnaires provinciaux et territoriaux. Les révisions qui y sont apportées chaque année reposent sur l'analyse faite par Santé Canada des descriptions des régimes d'assurance-maladie tirées des rapports précédents et de son évaluation des nouveaux problèmes liés aux services de santé assurés.

En ce qui a trait au *Rapport annuel sur l'application de la Loi canadienne sur la santé 2005-2006*, le processus a débuté au printemps 2006 par l'envoi à toutes les provinces et à tous les territoires d'une lettre sur le calendrier définitif. La version actualisée du *Guide de mise à jour des présentations* accompagnait la lettre.

Des réunions ont également été tenues avec des fonctionnaires de l'Ontario et de l'Île-du-Prince-Édouard pour passer en revue le processus et les exigences en matière de présentation de rapports.

Descriptions des régimes d'assurance-maladie

Pour le chapitre suivant, on a demandé aux fonctionnaires provinciaux et territoriaux de fournir une description de leurs régimes d'assurance-santé. Ces descriptions respectent les critères énoncés dans la *Loi canadienne sur la santé*. Cette description comporte également des renseignements sur les moyens pris par chaque province ou territoire pour reconnaître la contribution financière du gouvernement fédéral aux services de santé assurés et aux services complémentaires de santé dans son secteur de compétence, conformément aux dispositions de la *Loi canadienne sur la santé*.

Statistiques sur les régimes provinciaux ou territoriaux d'assurance-maladie

En 2003-2004, la section sur les statistiques avait été simplifiée et rationalisée par suite des commentaires reçus des fonctionnaires provinciaux ou territoriaux et d'un examen de la qualité et de la disponibilité des données. Cela vaut également pour le rapport de 2005-2006, où les statistiques supplémentaires sont encore présentées à la suite de la description narrative du système de chaque province et de chaque territoire, à l'exception des provinces du Nouveau-Brunswick et du Québec.

Les tableaux statistiques visent à situer l'application de la *Loi canadienne sur la santé* dans son contexte et à donner un aperçu national des tendances dans la prestation et le financement des services assurés qui relèvent de la *Loi*.

Les tableaux statistiques renferment des données sur les ressources et les coûts pour les services hospitaliers, les services médicaux et les services de chirurgie dentaire, par province et territoire, pour cinq exercices consécutifs se terminant le 31 mars 2006.

Bien que des efforts soient déployés pour saisir uniformément les données, il existe des différences dans la manière dont les gouvernements provinciaux et territoriaux déclarent les programmes et les services de soins de santé. Par conséquent, il n'y a pas de comparaisons entre les administrations.

Les gouvernements des provinces et des territoires sont responsables de la qualité et de l'exhaustivité des données qu'ils fournissent.

Organisation des renseignements

Les renseignements contenus dans les tableaux sont groupés selon les neuf sous-catégories décrites ci-dessous.

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

Établissements publics : Les statistiques sur les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, à l'exclusion des hôpitaux psychiatriques et des foyers de soins (qui ne sont pas couverts par la *Loi canadienne sur la santé*), se trouvent dans les zones 2 et 3.

Établissements privés à but lucratif : Les mesures quatre à six saisissent les statistiques sur les établissements privés de soins de santé à but lucratif qui fournissent des services hospitaliers assurés. Ces mesures ont été divisées en deux sous-catégories, selon les services fournis, conformément à la définition des services hospitaliers assurés contenue dans la *Loi canadienne sur la santé*.

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

Services assurés offerts aux résidents dans une autre province ou un autre territoire – Hôpitaux : Cette sous-section présente les services hospitaliers assurés fournis dans une autre province ou un autre territoire à une personne voyageant à l'intérieur du Canada et qui sont payés par la province ou le territoire de résidence de cette personne.

Services assurés offerts aux résidents dans une autre province ou un autre territoire – Médecins : Cette sous-section porte sur les services médicaux qu'une province ou un territoire paie à une autre province ou à un autre territoire pour ses résidents qui s'y trouvent en visite.

Services assurés offerts à l'extérieur du Canada – Hôpitaux : Les services hospitaliers offerts à l'extérieur du Canada représentent les coûts des services hospitaliers engagés par une personne en dehors du Canada et qui sont payés par sa province ou son territoire de résidence.

Services assurés offerts à l'extérieur du Canada – Médecins : Les services médicaux offerts à l'extérieur du Canada représentent les coûts des services médicaux engagés par une personne en dehors du Canada et qui sont payés par sa province ou son territoire de résidence.

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

Terre-Neuve-et-Labrador

Introduction

La restructuration des 14 conseils régionaux en quatre nouvelles régies régionales a eu lieu en 2005-2006. La nouvelle structure assurera une plus grande intégration des services au niveau régional. Les quatre nouvelles régies régionales assureront le continuum de soins, depuis les services de santé publique aux services de santé actifs et de longue durée, en passant par les services communautaires. À la fin de l'exercice 2005-2006, de nouveaux conseils d'administration et de nouvelles équipes de dirigeants étaient en place, et la restructuration des services administratifs et des services de soutien avait été entreprise.

C'est le gouvernement provincial qui nomme les membres des conseils d'administration, qui y siègent à titre bénévole. Ces conseils sont responsables de la prestation des services de santé et des services communautaires dans les régions et, dans certains cas, dans l'ensemble de la province. Les régies régionales consultent le public et les intervenants pour déterminer les besoins en matière de santé. Les conseils sont financés par le gouvernement provincial, auquel ils doivent rendre compte de leurs activités. Le ministère de la Santé et des Services communautaires leur fournit une orientation stratégique et surveille les programmes et les services.

En mars 2006, le Ministère a publié le plan de mieux-être provincial. La première phase du plan sera mise en œuvre au cours des trois prochaines années et portera sur des aspects clés, comme la saine alimentation, l'activité physique, la lutte antitabac et la prévention des blessures.

Voici d'autres importantes initiatives prises au cours de l'année :

- La nomination de la première Infirmière principale de la province.
- L'adoption récente de la *Medical Act*, qui renforcera l'obligation de rendre compte et la protection du public. En vertu de cette *Loi*, le Newfoundland Medical Board est rebaptisé le College of Physicians and Surgeons of Newfoundland and Labrador.
- *Working Together for Mental Health*, une nouvelle politique provinciale en matière de services de santé mentale et de toxicomanie, a été publié.
- La province a conclu un nouveau protocole d'entente de quatre ans avec les médecins.
- Les études et certains travaux préliminaires ont débuté en vue de la construction de nouveaux centres de soins de longue durée dans les régions de l'Est et de l'Ouest.
- Le budget de 2005 prévoyait la suite du développement d'un dossier de santé électronique par le gouvernement, grâce à un investissement de 4 millions de dollars pour prolonger et améliorer le système d'archivage d'images et de communication (PACS). Ce système permet de numériser, de visualiser, de stocker et de transmettre électroniquement d'un établissement à l'autre les images diagnostiques, y compris les radiographies et les tomodensitogrammes. D'ici à 2007, le système reliera 27 centres à Terre-Neuve-et-Labrador, et la province deviendra la première au Canada à avoir un système panprovincial.
- Un coordonnateur provincial des temps d'attente a été engagé en septembre 2005 pour coordonner une meilleure surveillance et une meilleure communication des temps d'attente pour certains services de santé. Des coordonnateurs régionaux des temps d'attente ont été nommés pour aider à cette initiative. En décembre 2005, le gouvernement a annoncé l'adoption de délais pancanadiens pour cinq actes médicaux choisis et s'est engagé à rendre compte du respect de ces délais chaque trimestre.
- Le budget de 2005 prévoyait 2,6 millions de dollars pour mettre en place trois autres équipes de soins de santé primaires (Port aux Basques, Deer Lake/White Bay, Springdale/Green Bay) et étendre certains des réseaux existants, quatre secteurs de plus (Grand Falls-Windsor/Botwood, New-Wes-Valley, centre-ville de St. John's, et péninsule Burin) recevant des fonds pour élaborer des propositions visant à modifier les soins de santé primaires.
- Au printemps 2005, un programme collaboratif pour la prévention et la prise en charge des maladies chroniques, le diabète faisant l'objet de la première

collaboration, a été financé au niveau provincial et mis en œuvre au sein de huit collectifs de soins de santé primaires.

- Au cours de l'hiver 2005, des fonds ont été accordés pour l'établissement d'un plan provincial de télésanté.

Le Ministère continue de s'employer à fournir à la population l'accès à des services sanitaires et communautaires de qualité, tout en composant avec le vieillissement de la population, les contraintes financières et les problèmes d'ordre géographique ou liés aux ressources humaines.

À Terre-Neuve-et-Labrador, près de 19 000 fournisseurs et administrateurs de soins de santé ont assuré la prestation de services de santé aux 510 000 habitants de la province.

1.0 Gestion publique

1.1 Régime d'assurance-maladie et autorité publique

Les régimes d'assurance-maladie gérés par le Ministère sont l'assurance-hospitalisation et l'assurance-maladie (RAM). Ils sont sans but lucratif et administrés par un organisme public.

La *Hospital Insurance Agreement Act*, modifiée en 1994, est la loi qui régit le régime d'assurance-hospitalisation. Elle confère au ministre de la Santé et des Services communautaires le pouvoir d'établir des règlements visant la prestation des 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), en vigueur depuis le 1^{er} avril 2000, habilite le ministre à administrer un régime d'assurance-maladie 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-maladie.

Le régime d'assurance-maladie 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-maladie est mis en application en conformité avec les

dispositions de la *Medical Care Insurance Act* (1999) et de son *Règlement*, et avec la *Loi canadienne sur la santé*.

Aucune modification n'a été apportée en 2005-2006 à la *Medical Care Insurance Act* (1999) ni à la *Hospital Insurance Agreement Act*.

1.2 Liens hiérarchiques

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

Par ailleurs, il présentera son rapport annuel pour 2005-2006 à la Chambre d'assemblée à l'automne 2006. Les quatre régies régionales de la santé, pour le compte des conseils qui les ont précédées, ainsi que quelques agences de santé, présenteront également leurs rapports.

Le rapport annuel du Ministère montre les réalisations de 2005-2006 et donne un aperçu des initiatives et des programmes dont l'élaboration se poursuivra en 2006-2007. Le rapport est un document public et il est transmis aux intéressés. Il sera affiché sur le site Web du Ministère, à www.health.gov.nl.ca/health.

1.3 Vérification des comptes

Chaque année, le vérificateur général de la province effectue une vérification indépendante des comptes publics provinciaux. Les dépenses font maintenant partie des comptes publics. Le vérificateur général dispose d'un accès complet et sans restriction aux dossiers du RAM.

Les quatre régies 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 ont été effectuées par des cabinets de vérificateurs indépendants choisis par les régies 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, aux termes de la *Medical Care Insurance Act* (1999) de la province. Les dossiers des médecins et ceux des sociétés médicales professionnelles ont été examinés pour vérifier si l'information concorde avec les services facturés et si ces derniers sont assurés aux termes du régime d'assurance-maladie.

Des vérifications auprès des bénéficiaires ont été effectuées par le personnel du Ministère aux termes de la *Medical Care Insurance Act* (1999). Des prestataires individuels sont choisis au hasard, toutes les deux semaines.

2.0 Intégralité

2.1 Services hospitaliers assurés

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

Les services hospitaliers assurés sont fournis à des malades externes ou hospitalisés par 36 établissements (14 hôpitaux et 22 centres de santé communautaire) et 14 postes de soins infirmiers. Les services aux malades hospitalisés 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 de travail et les installations d'anesthésie; les services de réadaptation (p. ex. physiothérapie, ergothérapie, orthophonie et audiologie); les consultations externes et d'urgence; et les chirurgies d'un jour.

La politique de couverture des services hospitaliers assurés est associée à la politique de couverture des services médicaux assurés. Le ministère 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 2005-2006.

2.2 Services médicaux assurés

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

Les règlements d'application de cette *Loi* sont :

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

Les médecins qui détiennent un permis d'exercice sont autorisés à fournir des services médicaux assurés dans le cadre du régime d'assurance-maladie. Le permis doit avoir été délivré par le Newfoundland Medical Board (maintenant appelé le « College of Physicians and Surgeons of Newfoundland and Labrador ») pour que le médecin puisse exercer dans la province.

Pour être assuré, un service doit figurer à l'article 3 des *Medical Care Insurance Insured Services Regulations*; être nécessaire sur le plan médical; ou faire l'objet d'une recommandation à cet effet par le ministère de la Santé et des Services communautaires. Aucune limite ne s'applique pour les services assurés, pour autant que les critères ci-dessus soient respectés.

Aux fins de la *Loi*, les services suivants sont couverts :

- tous les services fournis de façon justifiée et adéquate par des médecins à des patients souffrant d'une maladie qui exige un traitement ou un conseil médical;
- les immunisations ou inoculations de groupe effectuées par des médecins à la demande d'une autorité compétente;
- les services de laboratoire, de radiologie et autres services 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 des règlements pris en application de cette *Loi*.

Les médecins peuvent décider de ne pas participer au régime d'assurance-maladie, aux termes du paragraphe 12(1) de la *Medical Care Insurance Act* (1999) :

- (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 patient pour le service en question d'un montant qui excède celui payable par le Ministère en vertu de la présente *Loi*, informer le patient qu'il n'est pas un médecin participant et qu'il peut donc facturer le patient directement;
 - (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 fournissant des services assurés n'est pas un médecin participant par l'entremise d'une corporation médicale, cette corporation n'est pas soumise à la présente *Loi* ni 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 2006, aucun médecin ne s'était retiré du régime d'assurance-maladie.

Une directive ministérielle est requise pour effectuer un ajout ou une suppression à la liste des services médicaux assurés. Ce processus est géré par le Ministère en consultation avec divers intervenants, dont l'association médicale provinciale et le public. Il n'y a pas eu d'ajout ni de suppression à la liste des services médicaux couverts par le régime d'assurance-maladie en 2005-2006.

2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

Le régime de chirurgie dentaire provincial est un élément du régime d'assurance-maladie. Les traitements de chirurgie dentaire justifiés et adéquats, fournis à un assuré par un dentiste dans un hôpital, sont couverts par le régime d'assurance-maladie s'ils comptent parmi les types de traitements assurés du barème d'honoraires.

Tous les dentistes qui détiennent un permis d'exercice à Terre-Neuve-et-Labrador et des privilèges hospitaliers sont autorisés à fournir des services de chirurgie dentaire. Ce permis est délivré par le Newfoundland Dental Licensing Board.

Les dentistes peuvent décider de se retirer du régime d'assurance-maladie. Dans ce cas, ils doivent informer les patients de leur statut de dentistes non participants, leur indiquer les frais prévus et leur remettre un document où sont consignés les services fournis et les frais facturés. Jusqu'à présent, un seul dentiste a décidé de se retirer du régime.

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

L'ajout d'un service de chirurgie dentaire à la liste des services assurés doit être approuvé 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 sont : l'hébergement en chambre privée ou semi-privée à la demande du patient; la chirurgie esthétique et autres services jugés non médicalement nécessaires; le transport, en ambulance ou 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 anti-rejet et de l'AZT) et les appareils prescrits pour usage après le congé de l'hôpital; les téléphones, les radios ou les téléviseurs destinés à un usage personnel et non à des fins éducatives; les attelles de fibre de verre; les services couverts par les lois sur l'indemnisation des accidentés du travail ou par toute autre loi fédérale ou provinciale; et les services associés aux avortements thérapeutiques effectués dans des établissements non autorisés ou non approuvés par le Newfoundland Medical Board.

S'il est déterminé qu'un service n'est pas couvert par le régime d'assurance-maladie, l'utilisation connexe d'installations hospitalières ne sera pas couverte par le régime d'assurance-hospitalisation.

Pour l'application de la *Medical Care Insurance Act* (1999), les services médicaux non assurés sont :

- 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 patient ou en son nom, ou toute communication avec un patient ou concernant un patient;
- les services rendus par un médecin à son épouse 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 patient;

- 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 stomatologistes 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 Newfoundland Medical Board;
- 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 réperméabilisation 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 du paragraphe 3 d); et
- 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 stomatologiste ou de l'omnipraticien pour les extractions dentaires courantes effectuées à l'hôpital.

3.0 Universalité

3.1 Admissibilité

Les résidents de Terre-Neuve-et-Labrador sont admissibles à la couverture du régime d'assurance-maladie provincial en vertu de la *Medical Care Insurance Act* (1999) et de la *Hospital Insurance Agreement Act* (tel que modifié).

Au sens 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. Le régime d'assurance-maladie a établi des règles garantissant l'application juste et uniforme du Règlement lors du traitement des demandes d'inscription.

Les personnes suivantes ne sont pas admissibles à la couverture des régimes : les étudiants et leurs personnes à 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 leurs personnes à charge; les travailleurs étrangers détenant des permis de travail ainsi que leurs personnes à charge qui ne répondent pas aux critères établis; les étudiants étrangers et leurs personnes à charge; les personnes qui font du tourisme, sont de passage ou en visite dans la province ainsi que leurs personnes à charge; les membres

des Forces canadiennes et de la Gendarmerie royale du Canada (GRC); les détenus sous responsabilité fédérale; et les membres des Forces armées d'autres pays stationnés dans la province.

3.2 Exigences relatives à l'inscription au régime

Pour avoir accès aux services assurés, une personne doit être inscrite au régime d'assurance-maladie et posséder une carte d'assurance-maladie valide. Il est conseillé aux nouveaux arrivants de faire leur demande d'inscription le plus tôt possible après leur arrivée à Terre-Neuve-et-Labrador.

L'inscription d'un nouveau-né ou d'un enfant adopté incombe aux parents. Les parents d'un nouveau-né reçoivent un formulaire de demande d'inscription au moment du congé de l'hôpital. Dans la plupart des cas, le numéro de la carte d'assurance-maladie valide du père ou de la mère doit figurer sur la demande faite pour l'enfant. Si l'enfant ne porte ni le nom de famille du père ni celui de la mère, un certificat de naissance ou de baptême est exigé.

Les demandes d'inscription d'un enfant adopté doivent être accompagnées d'une copie des documents d'adoption officiels, du certificat de naissance, ou de l'avis de placement en adoption émis par le Ministère. Les demandes d'inscription d'un enfant adopté à l'étranger doivent être accompagnées de documents attestant qu'il est résident permanent.

3.3 Autres catégories de personnes

Les travailleurs 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-maladie. Les détenteurs de permis ministériels le sont également, sous réserve de l'approbation du régime. Environ 500 bénéficiaires sont couverts en vertu d'un permis de travail, et un seul, en vertu d'un permis ministériel. Une quinzaine de personnes à charge de membres de l'OTAN sont aussi couvertes. Les ecclésiastiques sont comptés parmi les détenteurs de permis de travail ou dans une autre catégorie, si bien que leur nombre exact est difficile à déterminer.

4.0 Transférabilité

4.1 Délai minimal de résidence

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 détenus libérés de pénitenciers fédéraux. Cependant, pour que la couverture soit effective, ces personnes doivent s'inscrire au régime d'assurance-maladie. 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 du Ministère.

Les politiques d'admissibilité aux services hospitaliers assurés et d'admissibilité aux services médicaux assurés sont liées, mais il n'existe pas de processus officiel à cet égard.

Les habitants de la province sont couverts pendant une absence temporaire au Canada. Le gouvernement 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 remboursés aux taux nationaux convenus entre les régimes d'assurance-maladie 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-maladie, 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-maladie relatives à la résidence à Terre-Neuve-et-Labrador. Pour être assuré, un habitant doit résider dans la province pour une période consécutive de quatre mois 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-maladie 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 consécutive d'au moins quatre mois. 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-maladie 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; et

- pour les voyages de plus de 30 jours, 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 ne respecte pas les règles relatives à la résidence peut devoir payer le coût total des services médicaux ou hospitaliers reçus à l'extérieur de la province.

L'assuré qui déménage de façon permanente ailleurs au Canada est couvert jusqu'au dernier jour, inclusivement, du deuxième mois suivant le mois de son départ. La couverture cesse immédiatement dans le cas d'un déménagement permanent à l'étranger.

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

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 \$, 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 220 \$ 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 s'ils ne sont pas disponibles 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.

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.

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 disponible au Canada, le régime provincial d'assurance-maladie payera le coût des services nécessaires à ses soins. Toutefois, l'approbation préalable du Ministère est alors exigée, et le médecin qui dirige le patient vers un établissement étranger doit communiquer avec le Ministère ou le régime d'assurance-maladie pour l'obtenir.

L'approbation préalable du régime d'assurance-maladie n'est pas exigée dans le cas de services médicaux; il est toutefois recommandé aux médecins de la demander pour sensibiliser les patients aux coûts associés à ces services. Les omnipraticiens et les spécialistes peuvent demander cette approbation au nom de leurs patients. L'approbation préalable n'est pas accordée dans le cas de traitements non urgents si les services sont disponibles dans la province ou ailleurs au Canada.

5.0 Accessibilité

5.1 Accès aux services de santé assurés

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

5.2 Accès aux services hospitaliers assurés

Terre-Neuve-et-Labrador compte un effectif de professionnels de soins de santé de près de 19 000 personnes. La moitié de ces personnes font partie de groupes professionnels réglementés.

La disponibilité des professionnels de la santé constitue une priorité absolue de la province, particulièrement dans les régions rurales.

En 2005-2006, le Ministère a continué de concrétiser son engagement d'assurer la planification des ressources humaines en santé dans la province. Le comité de planification de l'effectif médical a été formé en mars 2005 afin d'établir un plan de ressources humaines pour les médecins dans la province, et il poursuit son travail à cet égard. Le Ministère participe au réseau infirmier de la province, qui a été créé afin d'élaborer des stratégies de ressources humaines pour les infirmières autorisées et les infirmières auxiliaires autorisées. Le Ministère a également créé un poste d'infirmière principale.

L'étude sur la planification des ressources humaines en santé dans le Canada Atlantique a pris fin en 2005-2006. Elle livrera une analyse comparative des études provinciales antérieures et un regroupement de leurs résultats, un recensement des programmes d'études en sciences de la santé, une analyse de l'environnement, une modélisation pour simulation réutilisable et des recommandations. Le résumé de l'étude se trouve à l'adresse suivante : www.ahhra.ca.

Cinq projets de ressources humaines en santé ont été menés à terme, qui consistaient : 1) à établir des normes provinciales pour les données relatives aux ressources humaines en santé; 2) à établir des pratiques exemplaires pour le recrutement et le maintien en poste des médecins; 3) à mettre en œuvre un système dans une organisation pour permettre la collecte de données sur la charge de travail des infirmières; 4) à fournir des services communautaires de santé mentale dans la province et 5) à appuyer les régies régionales de la santé dans la création et le maintien de milieux de pratique de qualité pour les infirmières autorisées et les infirmières auxiliaires autorisées, de manière à aider à les garder en poste et à favoriser les résultats pour les clients. Ces projets ont été financés par Santé Canada.

Le Ministère a continué à offrir des incitatifs pour recruter des médecins, des infirmières autorisées, des audiologistes, des orthophonistes, des pathologistes, des pharmaciens et d'autres professionnels de la santé en 2005-2006.

Les services hospitaliers assurés sont fournis par 36 hôpitaux et centres de santé partout à Terre-Neuve-et-Labrador. Tous les établissements fournissent des services d'urgence 24 heures sur 24, des services de consultation externe, ainsi que des services de laboratoire et de radiologie. Les autres services varient d'un établissement à l'autre, et vont de la chirurgie générale à la médecine interne

et à l'obstétrique en passant par des services spécialisés comme la cardiologie et la neurologie. Des soins quaternaires ne sont pas offerts à Terre-Neuve-et-Labrador; les habitants de la province doivent donc se rendre ailleurs pour obtenir ces services.

Le financement fédéral en vertu de l'Accord sur la santé de 2004 a permis à Terre-Neuve-et-Labrador d'investir 23,2 millions de dollars en 2005-2006 pour améliorer l'accès à des services essentiels en achetant des appareils médicaux, en modernisant des appareils diagnostiques et médicaux, et en donnant plus d'expansion à certains services dans tous les principaux centres de soins de santé de la province. Ces fonds permettront d'ajouter 43 344 examens d'IRM ou de tomodensitométrie, actes de cardiologie et autres actes diagnostiques clés, chirurgies et autres traitements du cancer pour réduire les temps d'attente pour les habitants de la province. Les nouveaux appareils sont notamment un deuxième dispositif d'IRM à St. John's, de nouveaux tomodensitomètres multicoupes achetés pour remplacer d'anciens modèles, l'acquisition ou le remplacement d'appareils d'échographie à quatre centres, et quatre nouveaux appareils de mammographie. Les appareils d'IRM, de tomodensitométrie, d'échographie et de mammographie aux établissements de niveau tertiaire de St. John's sont devenus opérationnels à la fin de 2005-2006. Les appareils d'échographie et de mammographie dans les autres régions sanitaires seront mis en service en 2006-2007. La capacité a été accrue pour certains services, notamment la chirurgie cardiaque et la chirurgie pour le remplacement d'articulations et le cancer, et les heures de fonctionnement ont été augmentées pour faciliter l'accès des personnes atteintes de cancer à la chimiothérapie et à la radiothérapie. Les nombres de chirurgies et de traitements contre le cancer ont augmenté en 2005-2006.

Terre-Neuve-et-Labrador réussit à réduire les temps d'attente pour certains services de santé. La province a déjà atteint les normes nationales ou s'en approche dans les cinq domaines prioritaires spécifiés dans l'Accord sur la santé de 2004. Le Ministère a embauché un coordonnateur provincial des temps d'attente en 2005-2006, qui est en train de terminer une évaluation de base des temps d'attente dans la province. Le gouvernement travaille en partenariat avec les régions de la santé et les professionnels de la santé pour améliorer l'accès aux services hospitaliers assurés.

À la fin de 2005-2006, Terre-Neuve-et-Labrador a annoncé un investissement de 14,5 millions de dollars dans un

système provincial d'archivage d'images et de communication (PACS) à mettre en service au plus tard en 2007. Cette somme consiste en une contribution de 10,5 millions de dollars d'Inforoute santé Canada Inc. et en un investissement provincial de 4 millions de dollars. Le système profitera aux patients, aux soignants et aux gestionnaires en améliorant l'accès aux services d'imagerie diagnostique dans les secteurs ruraux, en réduisant l'attente pour les patients dans les cabinets de médecin, en facilitant la consultation de spécialistes grâce à une meilleure portabilité des images, et en accélérant les résultats des tests. Un investissement combiné de 14,5 millions de dollars du gouvernement et d'Inforoute permettra d'étendre le projet aux régions de l'Ouest et de Labrador-Grenfell. Ces régions seront ainsi reliées aux régions du Centre et de l'Est.

Le cadre provincial de soins de santé primaires, *Moving Forward Together: Mobilizing Primary Health Care*, guide 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 incrémentielle. 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 primaire de prestation des services de santé.

Le cadre prône quatre objectifs : 1) amélioration de l'accès aux soins de santé primaire et viabilité de ceux-ci; 2) citoyens et collectivités en santé et prenant leur santé en main; 3) promotion du travail d'équipe, de l'interdisciplinarité et de l'utilisation des résultats scientifiques dans la prestation de services; 4) imputabilité et satisfaction accrues des professionnels de la santé. La province a apporté son concours, notamment en créant le bureau des soins primaires et le conseil consultatif des soins de santé primaires, en établissant des liens avec des programmes collégiaux et universitaires locaux et des associations professionnelles et en formant des groupes de travail, comme mesure d'appui à l'apprentissage/à la résolution de problèmes et au renforcement des capacités des fournisseurs.

Huit collectifs interdisciplinaires de soins de santé primaires ont entrepris de modifier la prestation des services sur la base du cadre provincial, notamment en créant des comités consultatifs communautaires et en

renforçant les activités favorisant la promotion de la santé et la prévention de la maladie. En plus, trois collectifs de soins de santé primaires ont terminé des propositions et ont reçu des fonds de mise en œuvre, et quatre autres ont été aidés financièrement à préparer des propositions. Les processus d'inscription pour les services de soins de santé primaires ont commencé dans un des collectifs. L'évaluation en règle de ces changements a été entreprise par des évaluateurs externes, et un rapport est attendu à l'automne 2006.

Des groupes de travail sur les soins de santé primaires, avec des associations, l'université, les collectifs de soins de santé primaires et d'autres partenaires, ont mis au point des mécanismes et des outils visant la modification du cadre des fonctions, les modèles de financement et de rémunération des services de médecin, et la gestion de l'information. Des processus relatifs au cadre des fonctions ont été adoptés dans les huit collectifs initiaux de soins de santé primaires, et des plans d'action ont été établis pour aider à modifier ce cadre.

Un document d'aide à la décision a été préparé sur les modèles de financement et de rémunération des services de médecin, et un projet de recherche sur un modèle particulier a été entrepris à l'Université Memorial. Des réseaux de médecins sont en train d'être créés dans les huit collectifs initiaux de soins de santé, et un contrat de réseau pour les médecins (à signer par le ministère de la Santé et des Services communautaires, la région, et le réseau de médecins pour les services médicaux au collectif de soins de santé primaires) est presque terminé.

Au printemps 2005, un programme collaboratif de prévention et de prise en charge des maladies chroniques, le diabète devant faire l'objet de la première collaboration, a été financé à l'échelle provinciale et mis en œuvre au sein de huit collectifs de soins de santé primaires. Ces collaborations aideront à la prévention et à la prise en charge des maladies chroniques – de la prévention primaire jusqu'à la prise en charge –, et incluront des séances d'apprentissage visant à favoriser le développement professionnel en matière de maladies chroniques. De plus, une application logicielle financée par l'entremise de la régie de la santé de l'Est procurera des informations sur la conformité aux directives de pratique clinique, ainsi que pour la planification des services au niveau du client individuel, du collectif de soins de santé primaires, de la région et de la province. L'établissement de plans en vue de collaborations en matière de santé mentale et d'arthrite débute à peine.

Terre-Neuve-et-Labrador participe actuellement à deux projets dans le Canada atlantique : L'initiative « Building a Better Tomorrow Initiative » permet d'appuyer la constitution de groupes de soutien et d'équipes interprofessionnelles ainsi que la gestion du changement dans les collectifs de soins de santé primaires grâce à divers modules de formation (constitution d'équipes, résolution de différends, apprentissage chez les adultes, compréhension des soins de santé primaires, développement communautaire, et planification et évaluation de programmes). En partenariat avec le Nouveau-Brunswick, un protocole d'entente est sur le point d'être conclu pour l'instauration d'un service téléphonique de conseils-santé par une infirmière 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. Les plans sont prêts pour la mise en œuvre, y compris le choix d'un emplacement pour le centre d'appels.

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

Le nombre de médecins qui exercent dans la province est relativement stable, mais une tendance à la hausse se dessine depuis 2003. En ce qui concerne les médecins, le Ministère est déterminé à travailler avec les conseils régionaux de santé à l'élaboration d'un plan de ressources humaines qui repose sur le principe de l'accès aux services.

En date du 31 mars 2006, 471 omnipraticiens et 500 spécialistes exerçaient dans la province, en comparaison de 460 omnipraticiens et de 494 spécialistes en date du 31 mars 2005, soit des hausses respectives de 2 et 1 p. 100.

Le Ministère a adopté des mesures pour favoriser l'accès aux services assurés, notamment :

- un financement permanent du bureau de recrutement provincial;
- des primes de maintien en poste pour les médecins salariés, accordées en fonction du lieu d'exercice et du nombre d'années de service; et
- un programme de bourses annuelles d'une valeur totale de 1,2 million de dollars pour les résidents et les étudiants en médecine (en médecine familiale d'après CaRMS), qui acceptent d'offrir des services médicaux dans les régions insuffisamment desservies de la province. Au cours de 2005-2006, 39 bourses et bourses de voyage ont été accordées.

5.4 Rémunération des médecins

La loi régissant les honoraires versés aux médecins et aux dentistes au titre des services assurés est le *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, et 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 régies régionales de la santé jouent un important rôle dans le processus.

En 2005, une entente de quatre ans a été négociée avec l'association médicale provinciale, qui est entrée en vigueur le 1^{er} octobre 2005. L'entente prévoit des augmentations des honoraires et des salaires pendant sa période de validité, des paiements additionnels pour les périodes de garde, et la reconnaissance des services sur appel par les médecins salariés. Les modes de rémunération actuels des médecins pour la prestation des services de santé assurés sont la rémunération à l'acte (63 p. 100 des médecins); le salariat (35 p. 100 des médecins); les autres modes de rémunération (2 p. 100 des médecins) comme le paiement à la vacation; et la nouvelle rémunération au cas.

5.5 Paiements aux hôpitaux

Le Ministère est responsable du financement des régies régionales au titre des activités permanentes et de l'acquisition d'immobilisations. Le financement des services assurés est accordé aux régies régionales à titre de budget annuel. Les paiements sont versés conformément à la *Hospital Insurance Agreement Act* (1990) et à la *Hospitals Act*. Les régies doivent rendre des comptes au gouvernement. À cet égard, elles doivent notamment 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, le financement a été accordé à la fin de chaque exercice. Pour toutes les corrections du niveau de financement annuel, faites en raison de l'ajout de postes ou de changements dans les programmes approuvés, le financement débute à la date d'entrée en vigueur de l'augmentation et est fonction des besoins de trésorerie.

Les régies régionales de la santé ont de constants 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, efficients 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) a été reconnu et mentionné par le gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador dans des communiqués de presse, sur ses sites Web et dans divers autres documents, soit en 2005-2006 :

- 2005-2006 Public Accounts;
- Estimates 2005-2006;
- Budget Speech 2005.

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

7.0 Services de santé complémentaires

Le gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador a mis sur pied des programmes de soins de longue durée en établissement et des programmes communautaires pour les personnes qui reçoivent leur congé de l'hôpital, les personnes âgées et les personnes handicapées. Voici quelques-uns de ces programmes qui sont fournis par les régies régionales de la santé :

- L'hébergement de longue durée en établissement est fourni dans 21 centres de santé communautaire et 20 centres de soins infirmiers aux habitants qui ont besoin de soins infirmiers de haut niveau. Ces établissements comptent quelque 2 800 lits au total. Les pensionnaires paient un maximum de 2 800 \$ par mois, en fonction de leur capacité de payer qui est déterminée selon les critères provinciaux. Le reste du financement nécessaire au fonctionnement de ces établissements est fourni par le Ministère.
- Les personnes qui ont besoin de soins supervisés ou d'une aide minimale pour les activités quotidiennes peuvent bénéficier de services en établissement offerts dans les foyers de soins personnels. Ces 94 centres totalisent quelque 2 750 lits, partout dans la province. Ils sont exploités par le secteur privé à but lucratif. Un pensionnaire peut recevoir un financement allant jusqu'à 1 138,10 \$ par mois, selon l'évaluation de sa situation financière fondée sur des critères normalisés.

Services de soins à domicile

Les services de soins à domicile comprennent les soins de soutien professionnels et non professionnels permettant aux personnes de demeurer chez elles aussi longtemps que possible pourvu que leur sécurité ne soit pas à risque. Parmi les services professionnels figurent les soins infirmiers et certains programmes de réadaptation. Ces services, financés par l'État, sont fournis par le personnel des quatre régies régionales de la santé. Les services non professionnels comprennent les soins personnels, l'administration de la maison, les soins de relève et la maîtrise du comportement. Ces services sont assurés par des aides de maintien à domicile par l'intermédiaire d'une agence ou en vertu d'ententes de soins autogérés. L'admissibilité à ces services

est établie à l'aide d'une évaluation de la situation financière fondée sur les critères provinciaux. Le montant maximal mensuel accordé (en 2005-2006) pour ces services est de 2 707 \$ pour une personne âgée et de 3 875 \$ pour une personne handicapée.

Programme d'aide spéciale

Le programme provincial d'aide spéciale offre, aux personnes qui ne vivent pas en établissement et que leur situation financière rend admissibles, des services de soutien de base leur procurant une aide financière pour les activités de la vie quotidienne. Ces services comprennent l'accès à des fournitures médicales, à de l'oxygène, à des orthèses et à de l'équipement.

Régimes d'assurance-médicaments

Le régime d'assurance-médicaments destiné aux aînés est offert aux habitants de plus de 65 ans qui reçoivent le Supplément de revenu garanti et qui sont inscrits à la Sécurité de la vieillesse. L'assurance couvre uniquement le coût du produit d'ordonnance comme tel, les autres coûts, comme les honoraires du pharmacien, étant à la charge de l'assuré. Les prestataires du soutien du revenu sont admissibles au Social Services Drug Plan, qui couvre le coût total des produits d'ordonnance assurés, qui comprend une marge bénéficiaire fixe et les honoraires du pharmacien.

Autres programmes

Le Ministère administre les programmes de services ambulanciers aériens et terrestres par l'intermédiaire de sa division des services de santé d'urgence.

Le programme de services ambulanciers terrestres fournit des traitements préhospitaliers courants et d'urgence de qualité, des soins et du transport. Il assure également le transport des patients d'un établissement à l'autre et assure le retour de ces derniers à leur lieu de résidence. Les exploitants de services ambulanciers terrestres sont au nombre de 56 – 30 sociétés privées, 22 groupes communautaires ou bénévoles et quatre régies régionales de la santé.

Le programme de services ambulanciers aériens transporte les patients qui ont besoin de soins d'urgence et qui ne peuvent utiliser une compagnie aérienne commerciale ou un service d'ambulance terrestre pour des raisons d'urgence

ou de temps, ou parce qu'ils sont dans une région isolée. Les appareils utilisés sont deux avions à voilure fixe et cinq hélicoptères nolisés. Les hélicoptères transportent également les médecins et les infirmières qui vont offrir des cliniques dans les régions éloignées. Au Labrador, un troisième avion à voilure fixe assure le transport régional pour raison médicale, dont bénéficient également les résidents des collectivités côtières de Happy Valley et de Goose Bay, au Labrador, qui ont un rendez-vous régulier chez le médecin.

Les habitants qui utilisent une compagnie aérienne commerciale pour avoir accès à des services assurés médicalement nécessaires, non disponibles dans leur région ou dans la province, peuvent être admissibles à une aide financière dans le cadre du Programme d'aide pour le transport des malades, administré par le Ministère. Les donneurs de reins, de moelle osseuse ou de cellules souches peuvent recevoir une aide financière, gérée par Eastern Health, si le receveur est un habitant de Terre-Neuve-et-Labrador admissible à la couverture des régimes d'assurance-hospitalisation et d'assurance-maladie de la province.

Le régime de soins dentaires comprend un programme pour enfants et un programme de soutien du revenu.

Le premier couvre les services dentaires suivants pour tous les enfants de 12 ans ou moins : examens tous les six mois; nettoyage tous les 12 mois; applications de fluorure tous les 12 mois chez les six à 12 ans; radiographies (certaines restrictions sont imposées); obturations et extractions; et certaines interventions qui doivent être approuvées avant le traitement. Le deuxième couvre les services suivants pour les prestataires du programme de soutien du revenu âgés de 13 à 17 ans : examens (tous les 24 mois); radiographies (certaines restrictions sont imposées); obturations et extractions ordinaires; extractions d'urgence, lorsque la douleur, une infection ou un trauma motive la consultation.

Les bénéficiaires adultes du programme de soutien du revenu sont admissibles aux soins d'urgence et aux extractions. Les assurés couverts aux termes du régime de soins dentaires doivent verser une quote-part directement au dentiste pour chaque service assuré (p. ex. obturations, extractions, etc.), à l'exception des examens, des nettoyages, des applications de fluorure, des radiographies et des tenons en cas d'obturation. La quote-part de 5 \$ d'un prestataire du soutien du revenu est payée par le régime de soins dentaires.

Personnes inscrites					
	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006
1. Nombre total de personnes inscrites au 31 mars.	565 000	560 644	599 907	569 835	545 160 ¹

Services hospitaliers assurés dans la province ou le territoire					
Établissements publics	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006
2. Quantité : ²					
a. soins actifs	36	36	36	36	36
b. soins chroniques	0	0	0	0	0
c. soins de réadaptation	0	0	0	0	0
d. autres	0	0	0	0	0
e. total	36	36	36	36	36
3. Paiements (\$) :					
a. soins de courte durée	619 884 087	666 472 833	666 773 382	679 024 717	764 301 116
b. soins chroniques	0	0	0	0	0
c. soins de réadaptation	0	0	0	0	0
d. autres	0	0	0	0	0
e. total	619 884 087	666 472 833 ³	666 773 382 ³	670 024 717 ³	764 301 116 ³
Établissements privés à but lucratif	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006
4. Quantité :					
a. installations chirurgicales	1	1	1	1	1
b. établissements d'imagerie diagnostique	0	0	0	0	0
c. total	1	1	1	1	1
5. Nombre de services hospitaliers assurés qui sont fournis :					
a. installations chirurgicales	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
b. établissements d'imagerie diagnostique	0	0	0	0	0
c. total	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
6. Paiements totaux destinés aux (\$) :					
a. installations chirurgicales	338 200	286 425	280 250	264 575	285 475
b. établissements d'imagerie diagnostique	0	0	0	0	0
c. total	338 200	286 425	280 250	264 575	285 475

1. Le nombre de personnes inscrites dépasse le nombre de résidents. Début de la ré-inscription en 2006.
2. Répétition du nombre d'hôpitaux et de centres de santé qui fournissent des services de soins actifs (plutôt que seulement ceux contenant des lits destinés aux soins actifs).
3. Nouvelle méthodologie pour 2002-2003. Coûts de fonctionnement seulement : ne comprennent pas le financement des dépenses de capital, le financement déficitaire ou le financement non gouvernemental. Les paiements représentent les transferts du régime d'assurance maladie provincial aux régies régionales de la santé dans le but de fournir des services de soins actifs assurés.

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire					
	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006
7. Nombre de médecins participants : ⁴					
a. omnipraticiens	421 ⁵	437 ⁵	451 ⁵	460 ⁵	471 ⁵
b. spécialistes	465 ⁵	477 ⁵	499 ⁵	494 ⁵	500 ⁵
c. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. total	886 ⁵	914 ⁵	950 ⁵	954 ⁵	971 ⁵
8. Nombre de médecins qui ont opté pour le retrait du régime d'assurance-maladie :					
a. omnipraticiens	0	0	0	0	0
b. spécialistes	0	0	0	0	0
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	0	0	0	0	0
9. Nombre de médecins qui ne participent pas :					
a. omnipraticiens	0	0	0	0	0
b. spécialistes	0	0	0	0	0
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	0	0	0	0	0
10. Services fournis grâce à <u>toutes les méthodes de paiement</u> :					
a. nombre de services	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
b. paiements totaux	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
11. Nombre de services offerts grâce au <u>paiement à l'acte</u> :					
a. omnipraticiens	2 263 000	2 147 000	2 109 987	2 145 000	2 222 000
b. spécialistes	2 218 000	2 206 000	1 843 902	1 874 000	2 012 000
c. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. total	4 481 000	4 353 000	3 953 889	4 019 000	4 234 000
12. Versements totaux pour les médecins grâce au <u>paiement à l'acte</u> (\$) :					
a. omnipraticiens	42 751 000	50 961 000	62 613 000	72 225 000	75 475 000
b. spécialistes	75 177 000	78 157 000	90 739 000	103 685 000	104 788 000
c. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. total	117 928 000	129 118 000	153 352 000	175 910 000	180 263 000
13. Quantité de services fournis grâce au <u>paiement à l'acte</u> :					
a. médicaux	2 728 000	2 607 000	3 170 000	3 195 000	3 358 000
b. chirurgicaux	398 000	379 000	270 000	270 000	282 000
c. diagnostics	1 345 000	1 367 000	480 000	502 000	540 000
d. autres	sans objet	sans objet	34 000	52 000	49 000
e. total	4 481 000	4 353 000	3 954 000	4 019 000	4 234 000
14. Paiements totaux effectués aux médecins grâce au <u>paiement à l'acte</u> (\$) :					
a. médicaux	non disponible	non disponible	96 261 000	105 090 000	114 468 000
b. chirurgicaux	non disponible	non disponible	26 456 000	27 946 000	30 649 000
c. diagnostics	not available	non disponible	12 430 000	14 611 000	15 894 000
d. autres	sans objet	non disponible	18 205 000	28 263 000	19 252 000
e. total	117 928 000	129 118 000	153 352 000	175 910 000	180 263 000

4. Exclut les médecins qui ne pratiquent plus.

5. Total des médecins salariés et rémunérés à l'acte.

Services assurés offerts aux résidents dans une autre province ou un autre territoire					
Hôpitaux	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006
15. Nombre total de demandes, malades hospitalisés.	1 681	1 588	1 640	1 699	1 809
16. Nombre total de demandes, consultations externes.	26 155	26 464	25 762	26 467	29 628
17. Paiements totaux, malades hospitalisés (\$).	10 312 515	10 817 595	12 397 072	12 248 758	15 130 363
18. Paiements totaux, consultations externes (\$).	3 213 978	3 488 186	3 232 235	4 321 173	5 132 112
19. Paiement moyen, malades hospitalisés (\$).	6 135,00	6 812,00	7 559,00	7 209,00	8 364,00
20. Paiement moyen, consultations externes (\$).	123,00	132,00	125,00	163,00	173,00
Médecins	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006
21. Quantité de services.	116 000	116 000	139 000	113 000	136 000
22. Paiements totaux (\$).	4 082 000	4 231 000	4 518 000	4 770 000	5 197 000
23. Paiement moyen par service (\$).	35,19	36,47	32,50	42,21	38,21

Services assurés offerts à l'extérieur du Canada					
Hôpitaux	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006
24. Nombre total de demandes, malades hospitalisés.	62	61	62	50	54
25. Nombre total de demandes, consultations externes.	258	278	283	301	261
26. Paiements totaux, malades hospitalisés (\$).	123 692	269 963	363 153	76 981	112 039
27. Paiements totaux, consultations externes (\$).	22 567	18 432	167 588	60 159	24 265
28. Paiement moyen, malades hospitalisés (\$).	1 995,00	4 426,00	5 857,00	1 540,00	2 075,00
29. Paiement moyen, consultations externes (\$).	87,00	66,00	592,00	200,00	93,00
Médecins	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006
30. Quantité de services.	1 700	2 400	1 800	2 400	2 300
31. Paiements totaux (\$).	67 000	172 000	199 000	136 000	135 000
32. Paiement moyen par service (\$).	39,41	71,67	110,56	56,67	58,70

Services chirurgicaux et dentaires assurés dans la province ou le territoire					
	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006
33. Nombre de dentistes participants.	26	33	25	31	26
34. Nombre de services fournis. ⁶	3 319	3 522	3 609	3 022	2 633
35. Paiements totaux (\$).	409 000	419 000	462 000	329 000	313 000
36. Paiement moyen par service (\$).	123,35	118,88	127,87	108,97	117,80

6. Le nombre de services chirurgie-dentaires à été révisé afin de correspondre aux changements dans la manière dont les données pour les paiements totaux sont compilées.

Île-du-Prince-Édouard

Introduction

Le ministère de la Santé est un vaste système complexe de services intégrés qui visent la protection, le maintien et l'amélioration de la santé et du mieux-être des Prince-Édouardiens. Le rôle du Ministère est d'assurer un solide leadership en matière d'innovation et d'amélioration continue, des services administratifs et réglementaires de qualité, et la prestation de services de santé centrés sur le client qui correspondent aux besoins de la collectivité.

Le Ministère est responsable de divers services de santé ayant pour but de promouvoir et d'aider à optimiser la santé de la population de la province, soit les services de santé publique, les soins primaires, les soins actifs, les hôpitaux communautaires et les soins continus. Ces services sont fournis par un effectif de plus de 4 000 professionnels dévoués par l'entremise d'un grand nombre d'établissements et de programmes dans toute la province, soit des établissements de soins actifs, des hôpitaux communautaires, des résidences provinciales, un établissement de santé mentale pour malades hospitalisés, des centres et des programmes provinciaux de traitement des toxicomanes, des centres de santé familiale, des programmes de santé publique et de soins à domicile, et des programmes d'aide aux toxicomanes et de santé mentale en milieu communautaire.

Au printemps 2005, une importante réorganisation du système de santé et de services sociaux a été entreprise. À la suite de cette réorganisation, le ministère de la Santé et des Services sociaux a été scindé pour former le ministère de la Santé et le ministère des Services sociaux et des Aînés. Toutes les régies régionales de la santé ont été démantelées, et les services de santé ont été regroupés selon un modèle de gestion centralisée.

En plus de donner deux nouveaux ministères, sans compter la réorganisation des services qui a suivi, la restructuration

a également entraîné un certain nombre de changements administratifs et systémiques. Les plus importants comprennent ceux qui suivent :

- Le rôle du ministère de la Santé a changé, la responsabilité de la prestation directe de services remplaçant celle de conseils de qualité et d'aide aux services hiérarchiques.
- Les services administratifs et les services de soutien aux services hiérarchiques sont passés d'un modèle régional à un modèle ministériel par suite du démantèlement des régies de la santé.
- Dans la structure organisationnelle précédente, chacune des cinq régies régionales de la santé avait un conseil d'administration. En vertu du nouveau modèle organisationnel, chacun des cinq hôpitaux communautaires a un conseil d'administration.

Aperçu du système de santé

L'Île-du-Prince-Édouard possède un système de santé administré et financé par la province qui garantit l'accès universel aux services hospitaliers et médicaux nécessaires sur le plan médical, conformément à la *Loi canadienne sur la santé*.

En bout de ligne, un ministre est responsable du ministère de la Santé, de son rendement et de ses résultats envers le reste du gouvernement et la population de l'Île-du-Prince-Édouard. Le Ministère est dirigé par un comité de gestion ministériel formé du sous-ministre et de huit hauts fonctionnaires dont la responsabilité comprend la gestion globale du Ministère et de ses activités au quotidien. La division des rôles est résumée ci-après.

Soins actifs : services secondaires, spécialisés, au niveau régional et provincial, et services de santé mentale en établissement pour les habitants de l'Île-du-Prince-Édouard. Les établissements incluent l'Hôpital du comté de Prince (PCH), l'Hôpital Queen Elizabeth (QEH) et l'Hôpital Hillsborough. Sur le plan administratif, un directeur exécutif est responsable de l'Hôpital du comté de Prince, et un directeur exécutif est responsable des deux autres hôpitaux (Queen Elizabeth et Hillsborough), chacun d'eux faisant partie du comité de gestion du Ministère.

Hôpitaux communautaires et soins continus : soins actifs pour les communautés rurales et services de soutien pour les adultes et les aînés qui ont besoin de soins continus à l'Île-du-Prince-Édouard. Les programmes, les établissements et les services comprennent les cinq hôpitaux

communautaires ruraux, les résidences provinciales, les soins à domicile, les soins palliatifs, la dialyse et la protection des adultes. Sur le plan administratif, le directeur des hôpitaux communautaires et des soins continus est responsable de cette division, et il fait partie du comité de gestion du Ministère.

Un conseil d'administration a été établi pour chacun des cinq hôpitaux communautaires. Chaque conseil rend compte au ministre et a pour responsabilité de voir à ce que les plans d'activités annuels soient exécutés, et de rendre compte du rendement ainsi que des résultats de l'établissement.

Soins primaires : services de santé primaires à la population de l'Île-du-Prince-Édouard. Les programmes et les établissements incluent les services communautaires de santé mentale et d'aide aux toxicomanes, c'est-à-dire le centre provincial de traitement des toxicomanies, sept centres de santé familiale, les soins infirmiers de santé publique et la prévention des maladies chroniques. Le directeur des soins primaires est responsable de cette division sur le plan administratif, et il fait partie du comité de gestion du Ministère.

Santé des populations : services de santé publique et services réglementaires pour la population de l'Île-du-Prince-Édouard. Les programmes et les services incluent le Bureau du médecin-hygiéniste en chef, les services de santé d'urgence, la lutte contre les maladies infectieuses et l'immunisation, l'épidémiologie, l'hygiène du milieu, la statistique de l'état civil, les soins communautaires et l'inspection des foyers de soins infirmiers, et les services de diététique. Le directeur de la santé des populations est responsable de cette division sur le plan administratif, et il fait partie du comité de gestion du Ministère.

Établissements

L'Île-du-Prince-Édouard compte deux hôpitaux de recours et cinq hôpitaux communautaires, pour un total de 463 lits. Outre neuf résidences (et établissements) pour personnes âgées comptant 558 lits de soins infirmiers de longue durée (plus 10 lits réservés aux soins de relève), les Prince-Édouardiens ont accès à 389 lits (plus 11 lits pour soins temporaires) supplémentaires dans neuf foyers privés de soins infirmiers. Le système comprend également plusieurs établissements offrant des services de toxicomanie et

de santé mentale, 1 146 unités d'hébergement pour personnes âgées et 468 unités de logement familial.

Un établissement de 50 millions de dollars, l'Hôpital du comté de Prince, a ouvert ses portes à Summerside en avril 2004. Les hôpitaux de recours offrent des services de tomodynamométrie et un large éventail de services d'imagerie diagnostique, de services de chirurgie et d'autres services spécialisés. La phase I d'un plan à réaliser par tranches pour moderniser l'Hôpital Queen Elizabeth, construit il y a 23 ans, a été annoncé récemment. Les travaux devraient débuter en 2007.

Ressources humaines

Le secteur public des services de santé emploie environ 4 000 personnes. Le recrutement est constant pour combler le manque de médecins dans cette province, mais il est difficile d'attirer et de garder un nombre suffisant de médecins dans les divers domaines. D'où l'élaboration d'un plan à long terme, qui prévoit des options salariales pour les nouveaux diplômés et les médecins en exercice et une communication plus étroite avec les étudiants et les résidents de la province par l'intermédiaire du programme d'enseignement médical. Un coordonnateur des programmes de recrutement de médecins et de formation en médecine a été embauché. Il sera responsable de l'administration de ces programmes ainsi que de l'établissement d'un programme centralisé d'aide aux remplacements.

À l'heure actuelle, des postes de médecin doivent être comblés dans les domaines suivants : médecine familiale, médecine interne, médecine d'urgence, psychiatrie, radiologie, pathologie, médecine d'hôpital, ophtalmologie et chirurgie plastique. Les efforts de recrutement pour combler ces postes de façon convenable se poursuivent.

En plus des programmes mentionnés précédemment, d'autres initiatives sont en cours ou sont prévues, comme la stratégie de recrutement d'infirmières, le registre des prestataires de soins, les mesures d'aide aux autres prestataires de soins de santé, et le programme de prévention des blessures musculo-squelettiques (sécurité au travail).

Dans le budget provincial de 2005-2006, le gouvernement a annoncé que la stratégie de recrutement et de maintien en poste pour les infirmières autorisées serait retardée en 2005-2006. Toutefois, 32 étudiantes en troisième année au baccalauréat qui avaient été commanditées

en 2004-2005 étaient admissibles à une nouvelle aide pour leur dernière année d'études. Le 30 mars 2006, le gouvernement a annoncé dans le budget provincial de 2006-2007 que cette stratégie serait réactivée.

L'entente cadre avec des médecins est en vigueur jusqu'au 31 mars 2007 et permet à l'Île-du-Prince-Édouard de demeurer concurrentielle face aux autres administrations et de continuer à offrir à ses habitants l'accès à un système de santé de qualité. Le gouvernement a également effectué des investissements pour rendre le système de santé plus concurrentiel, et ainsi pouvoir maintenir les services et réussir à recruter et à garder un plus grand nombre de médecins.

Ressources financières

Le budget du ministère de la Santé pour 2005-2006 prévoyait des dépenses de 312 millions de dollars. Avant la réorganisation du système de santé et de services sociaux, le budget combiné du ministère de la Santé et des Services sociaux pour 2005-2006 s'établissait à 422 millions de dollars. La différence de 110 millions de dollars représente le budget du nouveau ministère des Services sociaux et des Aînés.

Les principales dépenses au titre de la santé sont les suivantes : soins actifs provinciaux, 36 p. 100; programmes médicaux, 27 p. 100; hôpitaux communautaires et soins continus, 24 p. 100; soins primaires, 8 p. 100; et autres services, p. ex. services généraux, services financiers et santé des populations, 5 p. 100.

En 2005-2006, les fonds destinés au Centre d'oncologie ont augmenté de 275 000 \$. La conception et la mise en œuvre d'un système d'information clinique de 14 millions de dollars dans les sept hôpitaux de soins aigus et quatre centres de santé communautaires ont été approuvées. Des fonds de 2,2 millions de dollars ont été débloqués pour créer un quatrième poste de chirurgien-orthopédiste afin de réduire l'attente pour les remplacements de genoux et de hanches.

Questions névralgiques

Les soins de santé dans les petites collectivités

L'Île-du-Prince-Édouard est une province rurale où une importante partie de la population vit en dehors des principaux centres de services. L'accès local aux services de santé, y compris les soins actifs fournis par les hôpitaux communautaires, est important pour les petites collectivités. Les hôpitaux ruraux ont toujours joué un grand rôle dans la prestation des soins de santé, outre leurs fonctions vitales et centrales dans leurs milieux respectifs. Nombre de défis se posent pour les hôpitaux ruraux et les autres services de santé en milieu rural, notamment le recrutement et le maintien en poste des prestataires de soins de santé, et l'évolution des normes de soins et de qualité. Pour améliorer la prestation des services de santé en dehors des principales villes, des centres de santé familiale seront créés. Les projets de système d'information clinique et de dossier de santé électronique intégré qui sont prévus permettront à tous les hôpitaux de la province d'avoir accès à l'information électronique relative aux patients.

Accès aux soins

À l'Île-du-Prince-Édouard comme partout ailleurs au Canada, l'accès aux soins est une importante préoccupation du public, qu'il s'agisse d'assurer des temps d'attente raisonnables, de donner accès à des services de spécialistes, ou d'offrir des services dans la langue officielle du client ou d'une manière qui tient compte de la langue et de la culture des minorités ethniques. Diverses initiatives locales ont été prises dans ces domaines et d'autres.

Initiatives actuelles ou prévues

- Dans le cadre de la stratégie de réduction des temps d'attente, l'effectif au Centre de traitement du cancer de l'Île-du-Prince-Édouard a été augmenté dans le secteur de la radio-oncologie, un quatrième chirurgien-orthopédiste a été embauché, et un adjoint en oncologie a été affecté à l'Hôpital du comté de Prince.
- Les centres de santé familiale ont organisé diverses cliniques spécialisées (p. ex. vaccination contre la grippe).

- Les soins ambulatoires (qui sont déjà offerts au nouvel Hôpital du comté de Prince ou qui le seront à la suite de la modernisation de l'Hôpital Queen Elizabeth) permettent à des personnes de recevoir de nombreux traitements à l'hôpital comme patients externes, alors qu'auparavant elles auraient dû être hospitalisées.
- Les stratégies de recrutement des ressources humaines en santé et d'autres initiatives aident à faire en sorte qu'un nombre suffisant de professionnels de la santé soient en poste pour fournir des services aux habitants de la province.
- Grâce à de nouveaux systèmes de technologie de l'information, comme le système d'information clinique et dossier de santé électronique intégré, l'information relative aux patients sera plus accessible et plus à jour pour les prestataires de soins de santé.

Besoins fonctionnels ou communautaires

Le système de prestation des soins de santé est vaste et complexe. Les enjeux ou les décisions dans un secteur touchent généralement d'autres éléments ailleurs dans le système. Par exemple, les patients âgés ou les adultes qui ont des besoins spéciaux peuvent ne pas être en mesure de rentrer à la maison après avoir reçu leur congé de l'hôpital et peuvent devoir être admis à un établissement de soins de longue durée. Lorsque des lits de soins de longue durée ne sont pas disponibles, ils peuvent devoir demeurer à l'hôpital en attendant qu'un lit se libère. Cette situation est problématique pour ces patients, car ils ont besoin du type de soins fournis par une résidence de type B, pas un hôpital. Elle pose aussi un problème pour les personnes qui doivent être hospitalisées, car les lits ne sont disponibles pour elles. La disponibilité non uniforme de services de soutien dans la collectivité, comme des médicaments et des fournitures pour les soins à domicile et les patients externes, complique encore la prestation du bon service au bon endroit par le bon prestataire.

Les hôpitaux de la province ont entrepris un certain nombre d'initiatives pour aider à améliorer le passage des patients des soins actifs aux soins de longue durée. Une « politique du premier lit disponible » a été adoptée à l'Hôpital Queen Elizabeth et à l'Hôpital du comté de Prince, et une unité de transition a été créée au premier de ces hôpitaux.

Des initiatives comme la modernisation de l'Hôpital Queen Elizabeth et le nouvel Hôpital du comté de Prince, où l'accent est mis sur les soins ambulatoires, le service de soins de rétablissement à l'Hôpital du comté de Prince et la réorganisation des soins primaires, aident toutes les personnes âgées fragiles et les adultes qui ont des besoins fonctionnels ou communautaires particuliers à demeurer dans la collectivité le plus longtemps possible, si c'est le meilleur choix pour eux. Le Programme de soins palliatifs de la province contribue à assurer la continuité des soins pour les personnes en fin de vie et leurs aidants naturels, par leurs prestataires de soins et à l'endroit qui convient le mieux compte tenu de leurs besoins.

Maladies chroniques

La prévalence de maladies chroniques continue de croître. Avec le vieillissement de la population, le nombre de personnes atteintes de maladies chroniques augmentera encore. Plusieurs initiatives sont prévues ou sont déjà en cours pour lutter directement ou indirectement contre ces maladies.

Il s'agit notamment des initiatives suivantes :

- la réorganisation des soins primaires, y compris l'établissement de centres de santé familiale;
- des innovations et des améliorations dans les domaines de l'assurance-médicaments, des soins à domicile et des périodes d'attente sont élaborées et mises en oeuvre;
- le système d'information clinique/dossier de santé électronique pour améliorer l'accès des prestataires de soins à des renseignements à jour et exacts.

De plus, les modèles de prestation des soins et les rôles des prestataires de soins continuent d'évoluer. L'adoption accrue d'approches collaboratives/interdisciplinaires ainsi que des améliorations dans les secteurs des soins ambulatoires (y compris le projet de modernisation de l'Hôpital Queen Elizabeth) et des soins primaires contribueront à la prévention, au traitement et à la prise en charge des maladies chroniques. Un certain nombre d'autres stratégies ciblées ont été adoptées ou sont prévues, comme la stratégie de lutte contre le cancer, la stratégie de vie saine, et la stratégie de sensibilisation au diabète et de prévention des AVC.

Nouvelles technologies

Le taux de croissance exponentiel des connaissances sociétales se traduit par de nouvelles technologies, normes et procédures qui rendent les anciennes obsolètes. Un nouvel appareil d'IRM et un nouvel accélérateur linéaire ont été récemment installés au centre de traitement du cancer; un système provincial d'information radiologique/archivage transmission d'images (RIS/PACS) vient d'être mis en service; et un nouveau tomodynamomètre a été installé à l'Hôpital du comté de Prince et à l'Hôpital Queen Elizabeth. L'adoption de la chirurgie laparoscopique s'est répandue, de même que l'utilisation d'appareils moins effractifs. Enfin, la création du système d'information clinique et du dossier de santé électronique se poursuit.

1.0 Gestion publique

1.1 Régime d'assurance maladie et autorité publique

Le régime d'assurance-hospitalisation, placé sous l'autorité du ministre de la Santé et des Services sociaux, est le moyen d'offrir la 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 prévoit la prestation de services conformément à l'article 2 de la *Loi canadienne sur la santé*.

Par suite de la réorganisation du Ministère et du démantèlement des anciennes régies de la santé, le ministère de la Santé est maintenant responsable de la prestation des services, et dirige les hôpitaux, les centres de santé, les résidences et les établissements de santé mentale. La Commission de la fonction publique embauche des médecins, des infirmières et d'autres personnels de santé connexes.

La partie I de la *Loi* investit le ministre des responsabilités et pouvoirs suivants :

- assurer la mise en valeur et le maintien d'un réseau équilibré et intégré d'hôpitaux, d'écoles de soins infirmiers et d'établissements de santé connexes dans toute la province;
 - approuver ou désapprouver la fondation de nouveaux hôpitaux et la création ou l'agrandissement d'établissements de santé connexes;
 - approuver ou désapprouver toute subvention aux hôpitaux pour la construction ou l'entretien;
 - établir et administrer, seul ou en collaboration avec un ou plusieurs organismes, des instituts de formation pour le personnel hospitalier et le personnel connexe;
 - mener des enquêtes et diriger des programmes de recherche en vue d'obtenir des données statistiques à ces fins;
 - approuver ou rejeter des hôpitaux ou d'autres installations pour l'application de la *Loi*, conformément au *Règlement*; et
 - sous réserve de l'approbation du lieutenant-gouverneur en conseil, prendre toute autre mesure que le ministre juge nécessaire ou utile pour traduire efficacement l'intention et les visées de la *Loi*.
- Aux responsabilités et pouvoirs de la partie I, s'ajoutent les suivants :
- administrer le régime d'assurance-hospitalisation établi par la *Loi* et son *Règlement*;
 - déterminer les sommes à verser aux hôpitaux et assumer les coûts associés aux services assurés fournis aux assurés en vertu du régime d'assurance-hospitalisation, et faire des rajustements rétroactifs, avec les hôpitaux, pour les sommes impayées ou versées en trop au titre des services assurés, selon les coûts déterminés conformément à la *Loi* et à son *Règlement*;
 - percevoir et déboursier toutes les sommes afférentes au régime d'assurance-hospitalisation;
 - approuver ou refuser les frais imposés aux patients par les hôpitaux de l'Île-du-Prince-Édouard qui reçoivent des paiements en vertu du régime d'assurance-hospitalisation;
 - conclure des accords avec des hôpitaux situés à l'extérieur de l'Île-du-Prince-Édouard et avec d'autres gouvernements et autorités responsables du régime d'assurance-hospitalisation établies par d'autres gouvernements pour fournir des services assurés aux personnes assurées;
 - prescrire les formulaires nécessaires ou souhaitables pour appliquer la *Loi* conformément à son intentionnalité;
 - désigner des inspecteurs et d'autres représentants ayant la responsabilité et le pouvoir d'obtenir et d'examiner l'information contenue dans les registres comptables des hôpitaux, les livres, les déclarations, les rapports et les états financiers vérifiés et d'en faire rapport;

- désigner des médecins praticiens ayant la responsabilité et le pouvoir d'obtenir et d'examiner l'information contenue dans les dossiers médicaux et les autres dossiers tenus par les hôpitaux, y compris les dossiers des patients et les notes rédigées par le personnel infirmier, les rapports et les relevés de compte des patients qui reçoivent ou ont reçu des services assurés;
- désigner des inspecteurs ayant la responsabilité et le pouvoir d'inspecter et d'examiner les livres, les relevés de compte et les dossiers des employeurs et des percepteurs dans le but d'obtenir de l'information relative aux hôpitaux et au régime d'assurance;
- retenir le paiement des services assurés pour tout assuré dont il estime que l'état médical ne nécessitait pas de tels services;
- agir comme premier responsable des achats en matière de médicaments, de produits biologiques ou de préparations connexes de tous les hôpitaux de la province; superviser, vérifier et inspecter l'utilisation des médicaments, des produits biologiques et des préparations connexes par les hôpitaux de la province et retenir ou réduire les sommes versées, en vertu de la *Loi*, à un hôpital qui ne respecte pas les règlements relatifs à l'achat de médicaments, de produits biologiques et de préparations connexes; et
- superviser et assurer l'utilisation efficace et économique de toute aide ou de tout procédé thérapeutique ou de diagnostic utilisé par ou dans les hôpitaux, et retenir ou réduire les sommes versées, en vertu de la *Loi*, à un hôpital qui ne respecte pas le règlement relatif à l'utilisation de ces aides et procédés.

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

Le Ministère a notamment les responsabilités suivantes :

- établir les orientations et les priorités générales;
- élaborer des politiques et des stratégies, des lois, des normes et des mesures provinciales;
- surveiller l'état de la santé dans la province;
- surveiller les conseils d'administration des hôpitaux provinciaux et des hôpitaux communautaires et s'assurer qu'ils respectent les règlements et se conforment aux normes;

- évaluer le rendement du système de santé;
- affecter des fonds aux conseils d'administration des hôpitaux provinciaux et des hôpitaux communautaires;
- améliorer la qualité et la gestion d'un système d'information sur la santé complet à l'échelle de la province;
- garantir l'accès à des services de santé de haute qualité;
- régler les questions de l'heure sur la santé et examiner les nouvelles technologies avant de les appliquer; et
- administrer directement certains services et programmes.

Les services de santé resteront assujettis au processus d'agrément. Le prochain agrément prévu aura lieu en 2007.

1.2 Liens hiérarchiques

Le ministère de la Santé et des Services sociaux présente un rapport annuel au ministre responsable, qui le dépose devant l'Assemblée législative. Le rapport fournit de l'information sur les principes directeurs du Ministère et sur les responsabilités législatives de celui-ci, donne une vue d'ensemble et une description des activités des divisions du Ministère et met en relief les principales statistiques de l'année.

Les conseils d'administration des hôpitaux communautaires doivent rendre compte au ministre conformément à la *Community Hospital Authorities Act*, et lui présenter des plans d'activités annuels ainsi que des informations, selon les modalités et au moment prévus.

1.3 Vérification des comptes

Le vérificateur général de la province vérifie annuellement les comptes publics de l'Île-du-Prince-Édouard, qui renferment les données sur les activités financières ainsi que les revenus et dépenses du ministère de la Santé.

En vertu de l'*Audit Act*, le vérificateur général provincial a le pouvoir discrétionnaire d'effectuer des vérifications supplémentaires touchant l'ensemble des activités ou des programmes précis. Les conseils des hôpitaux communautaires sont les entités responsables de rendre compte aux termes de la *Financial Administration Act*.

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 aux patients hospitalisés et les services ambulatoires assurés offerts sans frais aux personnes admissibles. Les services hospitaliers assurés sont les suivants : les services de soins infirmiers nécessaires; les services de laboratoire; les examens radiologiques et autres actes de diagnostic; les frais d'hébergement et de repas au tarif d'une chambre commune; les médicaments, produits biologiques et préparations connexes inscrits sur la liste des produits assurés, prescrits par un médecin traitant et administrés à l'hôpital; les salles d'opération, salles de travail et installations d'anesthésie; les fournitures chirurgicales courantes; et les services de radiothérapie et de physiothérapie fournis à l'hôpital.

En mars 2006, sept établissements de soins de courte durée participaient au régime d'assurance de la province. Outre les 427 lits pour soins de courte durée, ces établissements comptaient 20 lits pour soins de réadaptation, 20 lits pour les chirurgies d'un jour au sens de la *Hospitals Act* (1988) pour un total de 467 lits.

2.2 Services médicaux assurés

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

Les services médicaux assurés sont fournis par des médecins praticiens qui ont un permis d'exercice délivré par le Collège des médecins et chirurgiens. En date du 31 mars 2006, 211 médecins avaient facturé le régime d'assurance.

En vertu de l'article 10 de la *Health Services Payment Act*, un médecin ou un praticien qui ne participe pas au régime d'assurance ne peut facturer le régime pour les services rendus. Lorsqu'un médecin ou un praticien non participant fournit un service requis sur le plan médical, le paragraphe 10(2) exige qu'il informe ses patients

qu'il ne participe pas au régime d'assurance et qu'il leur fournisse l'information voulue pour qu'ils puissent être remboursés par le ministre de la Santé.

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

En date du 31 mars 2006, aucun médecin n'avait choisi de se retirer du régime d'assurance-maladie.

Tout service de santé de base rendu par un médecin et nécessaire sur le plan médical est couvert par le régime d'assurance-maladie. Les services assurés se définissent comme suit : la plupart des services rendus par les médecins à leur bureau, à l'hôpital ou au domicile du patient; les services chirurgicaux nécessaires sur le plan médical, dont les services d'anesthésistes et d'aides-infirmières en chirurgie, lorsqu'ils s'avèrent nécessaires; les services obstétricaux, dont les soins prénatals et postnatals, les soins aux nouveau-nés et les soins requis à la suite de complications d'une grossesse telle qu'une fausse couche ou une césarienne; certaines interventions de chirurgie buccale nécessaires sur le plan médical et pratiquées à l'hôpital, avec approbation préalable, par un chirurgien stomatologiste; les procédés de stérilisation, pour les femmes et pour les hommes; le traitement des fractures et des dislocations; et certains services de spécialistes assurés, lorsque le patient a été adéquatement aiguillé par un médecin traitant.

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

2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

Les services dentaires ne sont pas couverts par le régime. Seuls les spécialistes en chirurgie maxillo-faciale reçoivent des paiements du régime. Deux de ces spécialistes participent actuellement au régime. Les interventions de chirurgie dentaire comprises comme services de santé de base dans

le tarif des honoraires sont couvertes uniquement lorsque le médecin traitant confirme que l'état médical du patient nécessite une intervention à l'hôpital ou en cabinet et qu'il reçoit une approbation préalable.

Un service de chirurgie dentaire (enlèvement d'appareils mandibulaires en cabinet) a été ajouté à la liste des services assurés après négociations entre la Dental Association of Prince Edward Island et le ministère de la Santé et des Services sociaux.

2.4 Services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

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

- les services auxquels les patients sont admissibles aux termes d'autres lois provinciales ou fédérales;
- les frais d'essence ou de déplacement, à moins qu'ils ne soient approuvés par le Ministère;
- les conseils ou les prescriptions par téléphone, à l'exception de la supervision de l'anticoagulothérapie;
- les examens requis p. ex. pour le travail, les assurances, les études;
- les examens, les vaccinations ou les inoculations en groupe, à moins qu'ils n'aient été autorisés au préalable par le Ministère;
- la préparation de dossiers, de rapports, de certificats ou de communications, à l'exception des certificats d'internement dans un établissement psychiatrique ou de désintoxication (drogues ou alcool);
- les témoignages en cour;
- les cliniques santé voyages et les dépenses;
- les chirurgies à caractère esthétique, à moins qu'elles ne soient nécessaires sur le plan médical;
- les services dentaires autres que les traitements 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 physiothérapie, la chiropraxie, la podologie, l'optométrie, l'ostéopathie, la psychologie, la naturopathie, l'audiologie, l'acupuncture et les traitements similaires;
- le rétablissement de la fertilité; la fertilisation *in vitro*;
- les services rendus par une autre personne lorsque le médecin superviseur est absent ou non disponible;
- les services rendus par un médecin à des membres de sa famille, à moins qu'il n'ait reçu l'approbation préalable du Ministère; et
- tout autre service que le Ministère peut, sur recommandation résultant des négociations entre le Ministère et la Medical Society of Prince Edward Island, déclarer non assuré.

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

- les soins infirmiers privés ou spéciaux fournis à la demande du patient ou de sa famille;
- les chambres à supplément, à la demande du patient;
- les services hospitaliers rendus dans le cadre d'une chirurgie purement esthétique;
- les appareils pour usage personnel comme le téléphone et la télévision;
- les médicaments, les produits biologiques, les prothèses et les orthèses utilisées après avoir obtenu le congé de l'hôpital; et
- les extractions dentaires, sauf dans les cas où le patient doit être admis à l'hôpital pour des raisons médicales, avec l'approbation préalable du Ministère.

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

Tous les habitants de l'Île-du-Prince-Édouard ont un accès égal aux services. Les tiers comme les assureurs privés ou la Workers' Compensation Board of Prince Edward Island ne bénéficient pas d'un accès prioritaire aux services moyennant des frais additionnels.

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

3.0 Universalité

3.1 Admissibilité au régime

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

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

Les résidents qui ne sont pas admissibles à la couverture du régime d'assurance-maladie de l'Île-du-Prince-Édouard sont les membres des Forces canadiennes (FC), les membres de la Gendarmerie royale du Canada (GRC), les détenus des pénitenciers fédéraux et les personnes admissibles à certains services en raison d'autres programmes gouvernementaux tels que l'Indemnisation des accidentés du travail ou les programmes du ministère des Anciens Combattants.

Des personnes qui ne sont pas admissibles peuvent le devenir. C'est le cas des membres des FC ou de la GRC, au moment de la cessation d'emploi, des membres des FC au moment de la cessation d'emploi à la fin d'un congé de réadaptation ainsi que des détenus de pénitenciers qui sont libérés. La province où la personne était postée ou détenue au moment de la cessation d'emploi ou de la libération, ou celle où le membre des FC résidait au moment de la cessation d'emploi à la fin d'un congé de réadaptation, est l'administration qui assure la couverture pendant le délai minimal de résidence habituel, pouvant atteindre trois mois. Les modalités applicables pour les détenus de pénitenciers libérés le sont également pour les détenus de pénitenciers en liberté conditionnelle.

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

3.2 Exigences relatives à l'inscription au régime

Les nouveaux résidents de l'Île-du-Prince-Édouard et les personnes qui reviennent y résider doivent s'inscrire au régime d'assurance-maladie en remplissant un formulaire d'inscription auprès du Ministère. Après avoir examiné la demande pour s'assurer qu'elle contient toute l'information nécessaire, une carte d'assurance-maladie est envoyée à la personne dans un délai de deux semaines. Le renouvellement de l'inscription se fait tous les cinq ans, et les personnes inscrites reçoivent un avis écrit de renouvellement six semaines avant celui-ci.

En date du 31 mars 2006, 144 159 personnes étaient inscrites au régime d'assurance-maladie de l'Île-du-Prince-Édouard.

3.3 Autres catégories de personnes

Les étudiants étrangers, les travailleurs temporaires, les réfugiés et les détenteurs de permis ministériel ne sont pas admissibles à l'assurance-maladie ni à la couverture des soins médicaux. Les réfugiés du Kosovo constituent une exception à cette règle et sont admissibles à l'assurance-maladie et à la couverture des soins médicaux à l'Île-du-Prince-Édouard.

4.0 Transférabilité

4.1 Délai minimal de résidence

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

4.2 Couverture durant des absences temporaires (au Canada)

Les personnes qui s'absentent chaque année pour des vacances d'hiver ou des situations semblables nécessitant des absences régulières doivent résider à l'Île-du-Prince-Édouard au moins six mois plus un jour chaque année pour être admissibles à l'assurance en cas de maladie

subite ou de situation d'urgence survenant à l'extérieur de la province, conformément à l'alinéa 5(1)e) de la *Health Services Payment Act*.

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

L'Île-du-Prince-Édouard participe aux ententes de facturation réciproque pour les services médicaux et hospitaliers. La somme totale de 24 465 764 \$ a été payée en vertu de ces ententes.

Les montants payés par journée d'hospitalisation sont de 717 \$ dans les hôpitaux communautaires, de 724 \$ à l'Hôpital du comté de Prince et de 959 \$ à l'Hôpital Queen Elizabeth. Le tarif interprovincial courant pour les consultations externes est de 158 \$. La méthode utilisée pour calculer ces tarifs est fondée sur le coût du même service rendu à l'Île-du-Prince-Édouard.

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

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

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

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

Pour ceux qui voyagent à l'extérieur du Canada, la couverture en cas de situation d'urgence ou de maladie subite sera fournie au taux de l'Île-du-Prince-Édouard uniquement, en devise canadienne. Il incombe aux personnes de payer

la différence entre le montant total facturé et le montant déboursé par le Ministère.

Les sommes versées pour des services d'urgence assurés reçus à l'étranger totalisaient 86 475 \$ en 2005-2006.

4.4 Nécessité d'une approbation préalable

Une approbation préalable du Ministère s'avère nécessaire pour recevoir des services médicaux ou hospitaliers non urgents à l'extérieur de la province. Les Prince-Édouardiens qui veulent recevoir de tels services requis peuvent demander une approbation préalable par l'intermédiaire d'un médecin de l'Île-du-Prince-Édouard. Une couverture complète peut être assurée pour les services non urgents ou facultatifs (assurés à l'Île-du-Prince-Édouard) si le médecin en fait la demande auprès du Ministère. Il est essentiel d'obtenir une approbation préalable du directeur médical du ministère de la Santé et des Services sociaux pour recevoir, à l'étranger, des services hospitaliers ou médicaux non disponibles au Canada.

5.0 Accessibilité

5.1 Accès aux services de santé assurés

Les régimes d'assurance-hospitalisation et d'assurance-maladie de l'Île-du-Prince-Édouard permettent de recevoir des services selon des conditions uniformes pourvu qu'ils n'entravent pas ou n'empêchent pas un accès raisonnable à ces services pour les personnes assurées.

5.2 Accès aux services hospitaliers assurés

Le nouvel hôpital du comté de Prince a ouvert ses portes et accueilli ses premiers patients en avril 2004.

En date du 31 mars 2006, le Ministère avait des ententes avec cinq exploitants privés dans la province qui assuraient en tout temps des services ambulanciers routiers d'urgence et autres. Le Ministère alloue des subventions de fonctionnement aux ambulanciers qui offrent leurs services conformément aux exigences et aux normes définies dans ces ententes.

Le programme de soutien au transport pour recevoir des soins médicaux à l'extérieur de la province (Out of Province Medical Transport Support Program) permet de réduire les frais que les personnes admissibles doivent payer pour être transportées en ambulance à l'extérieur de la province afin de recevoir des soins médicaux spécialisés.

On est en train de développer un dossier électronique de santé au Canada atlantique en collaboration avec Infostructure atlantique de la santé. Les efforts portent sur le dossier électronique de santé en général, la surveillance de la santé et la télésanté.

5.3 Accès aux services médicaux et de chirurgie dentaire assurés

Les services médicaux sont accessibles dans toute la province, sauf pour les spécialités où il manque de professionnels. On a entrepris de recruter des médecins de famille, des anesthésistes, des radiologistes, des radio-oncologues et des oncologues médicaux, des psychiatres, un pathologiste et un plasticien.

5.4 Rémunération des médecins

On se sert d'un processus de négociation collective pour déterminer la rémunération des médecins. Les deux parties, les médecins et le gouvernement, nomment les membres de leur équipe de négociation pour que leurs intérêts respectifs soient représentés.

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

La plupart des médecins sont rémunérés à l'acte. Mais d'autres modes de paiements sont utilisés, et certains médecins sont salariés, travaillent à contrat ou sont rémunérés à la vacation. Ces autres modes de rémunération sont de plus en plus courants et semblent prisés par les nouveaux diplômés. Actuellement, près de 50 p. 100 des médecins sont salariés ou rémunérés à la vacation.

5.5 Paiements aux hôpitaux

Les conseils des hôpitaux communautaires sont responsables de la prestation des services hospitaliers dans la province, conformément à la *Community Hospital Authorities Act*. Les besoins financiers (budgétaires) sont établis annuel-

lement au moyen de plans d'activités annuels approuvés par le ministre et soumis à l'approbation de l'Assemblée législative au cours du processus budgétaire annuel.

Les paiements (avances) aux hôpitaux provinciaux et aux conseils hospitaliers communautaires pour les services hospitaliers sont approuvés par le Ministère en fonction des besoins de trésorerie et sont tributaires des montants approuvés au budget.

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

6.0 Reconnaissance accordée aux transferts fédéraux

Le gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard reconnaît la contribution du gouvernement fédéral fournie au titre du Transfert canadien en matière de santé dans son budget de 2005-2006 et les documents budgétaires connexes, de même que dans les comptes publics de 2004-2005, déposés devant l'Assemblée législative et mis à la disposition des résidents de l'Île-du-Prince-Édouard.

7.0 Services de santé complémentaires

Les services de santé complémentaires ne sont pas assurés, à l'exception des lits pour malades chroniques assurés mentionnés au point 2.1.

Soins intermédiaires en maison de repos et soins en établissement pour adultes

Une personne peut recevoir des services en maison de soins infirmiers si les comités d'admission et de placement régionaux autorisent son placement dans une résidence du gouvernement ou un foyer de soins infirmiers privé

autorisé. La province compte à l'heure actuelle 18 établissements de soins de longue durée, soit neuf résidences du gouvernement et neuf maisons de soins infirmiers privées autorisées, pour un total de 968 lits, dont certains de soins temporaires ou de relève. Les maisons de repos accueillent les personnes qui ont besoin de la supervision d'une infirmière autorisée (soins infirmiers) et d'une gestion des soins en tout temps. Un outil normalisé d'évaluation des besoins des personnes âgées est utilisé pour chaque demande d'admission dans une maison de soins infirmiers. Le paiement de ces soins de longue durée est à la charge du patient. Le pensionnaire d'un établissement ou le nouvel arrivant qui n'a pas les ressources financières pour payer les soins dont il a besoin peut demander de l'aide financière aux termes de la partie II du *Règlement* de la *Social Assistance Act*. La province alloue cette aide à 72 p. 100 des pensionnaires de maisons de soins infirmiers. Par ailleurs, le gouvernement fédéral subventionne environ 8,7 p. 100 des pensionnaires par l'intermédiaire des programmes d'Anciens Combattants Canada. Les autres personnes (18,4 p. 100) paient leurs soins elles-mêmes.

Aux maisons de soins infirmiers, s'ajoutent 38 établissements de soins communautaires autorisés qui comptaient, en date du 31 mars 2006, 938 lits en tout. Il s'agit d'établissements autorisés privés qui accueillent au moins cinq pensionnaires et fournissent, à des personnes âgées semi-dépendantes et à des adultes semi-dépendants ayant une incapacité physique ou mentale, des services d'hébergement, d'entretien ménager, de supervision des activités de la vie quotidienne, de repas et d'aide pour les soins d'hygiène personnelle. L'outil utilisé pour évaluer les besoins des personnes âgées l'est également pour déterminer la nature et le type de services, de niveau 1, 2 ou 3, dont ces personnes semi-dépendantes ont besoin. Les pensionnaires peuvent demander de l'aide financière aux termes de la partie I du *Règlement* de la *Social Assistance Act*, le paiement des frais étant à la charge des pensionnaires. Ceux qui n'ont pas les ressources financières voulues peuvent demander de l'aide aux termes de la *Social Assistance Act*.

Services de soins à domicile

Dans le cadre des services de soins et soutien à domicile, on offre des services d'évaluation et de planification des soins à des personnes dont l'état de santé est stable ainsi qu'à des groupes définis de personnes qui ont besoin de

soins spécialisés et qui, sans le soutien d'un système officiel, pourraient ne pas être en mesure de demeurer chez elles ou d'y retourner après leur congé de l'hôpital ou d'un autre établissement de soins de santé. Les services offerts sont les soins infirmiers, les soins d'hygiène personnelle, les soins de relève, l'ergothérapie, la physiothérapie, la protection des adultes, les soins palliatifs, la dialyse à domicile ou dans la collectivité, l'évaluation des besoins en vue du placement en maison de soins infirmiers et le soutien communautaire. On utilise l'outil d'évaluation des besoins des personnes âgées pour déterminer la nature et le type de services requis. À l'heure actuelle, les services professionnels à domicile sont gratuits. Le service d'aide familiale est fourni sur la base d'une échelle tarifaire mobile. Les coûts sont établis à la suite de l'évaluation du revenu du bénéficiaire, mesure qui ne s'applique généralement pas dans le cas de patients qui ont besoin de soins palliatifs.

Services de soins ambulatoires

L'Île-du-Prince-Édouard a mis sur pied des programmes de jour pour adultes. Dans le cadre de ces programmes, on offre aux aînés dépendants des services d'activités de récréation, d'éducation et de socialisation. Les personnes qui ont besoin de ces services sont évaluées par le personnel régional de soins à domicile. L'objectif général de ces programmes est de permettre aux clients de demeurer à la maison le plus longtemps possible, de donner du répit aux aidants naturels, de surveiller la santé des clients et de favoriser les contacts sociaux. Ces programmes existent dans toute la province.

Le programme de dialyse de l'Île-du-Prince-Édouard est un service communautaire offert sous la direction et la supervision médicales de l'équipe de néphrologie du QEII Health Sciences Centre de Halifax.

La province compte cinq cliniques d'hémodialyse. Il s'agit d'un service financé par les fonds publics. La province offre également un service d'hémodialyse aux visiteurs venant de l'extérieur de la province ou du pays, à partir des cliniques existantes. Ce service dépend de la capacité des cliniques et de la disponibilité du personnel requis pour donner le traitement au moment de la demande. Les coûts du service sont assumés en vertu d'une entente de facturation réciproque si le client vient d'une autre province canadienne, ou payés par le visiteur s'il vient d'un autre pays.

Personnes inscrites					
	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006
1. Nombre total de personnes inscrites au 31 mars.	140 001	141 031	142 022	143 261	144 159

Services hospitaliers assurés dans la province ou le territoire					
Établissements publics	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006
2. Quantité :					
a. soins actifs	7	7	7	7	7
b. soins chroniques	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. soins de réadaptation	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. autres	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
e. total	7	7	7	7	7
3. Paiements (\$) :					
a. soins de courte durée	109 128 000	115 697 000	121 944 000	125 118 252	129 976 900
b. soins chroniques	900	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
c. soins de réadaptation	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
e. total	109 128 900	115 697 000	121 944 000	125 118 252	129 976 900 ¹
Établissements privés à but lucratif	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006
4. Quantité :					
a. installations chirurgicales	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
b. établissements d'imagerie diagnostique	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
c. total	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
5. Nombre de services hospitaliers assurés qui sont fournis :					
a. installations chirurgicales	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
b. établissements d'imagerie diagnostique	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
c. total	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
6. Paiements totaux destinés aux (\$) :					
a. installations chirurgicales	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
b. établissements d'imagerie diagnostique	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
c. total	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet

1. Les chiffres sont des prévisions budgétaires, et non des chiffres exacts.

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire					
	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006
7. Nombre de médecins participants :					
a. omnipraticiens	101	97	96	98	113
b. spécialistes	75	92	94	96	98
c. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. total	176	189	190	194	211
8. Nombre de médecins qui ont opté pour le retrait du régime d'assurance-maladie :					
a. omnipraticiens	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
b. spécialistes	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
c. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. total	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
9. Nombre de médecins qui ne participent pas :					
a. omnipraticiens	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
b. spécialistes	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
c. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. total	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
10. Services fournis grâce à <u>toutes les méthodes de paiement</u> :					
a. nombre de services	1 642 832	1 264 991	1 330 946	2 504 320	1 387 070 ²
b. paiements totaux	35 337 086	36 475 710	36 732 119	40 012 026	40 027 386 ²
11. Nombre de services offerts grâce au <u>paiement à l'acte</u> :					
a. omnipraticiens	816 197	716 597	783 632	787 557	665 499
b. spécialistes	358 600	362 619	397 916	410 378	386 668
c. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. total	1 174 797	1 079 216	1 181 548	1 197 935	1 052 167
12. Versements totaux pour les médecins grâce au <u>paiement à l'acte</u> (\$) :					
a. omnipraticiens	16 588 900	16 537 250	16 234 598	16 502 193	16 742 162
b. spécialistes	15 559 600	16 446 970	17 054 737	17 921 200	18 484 053
c. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. total	32 148 500	32 984 220	33 289 335	34 423 393	35 226 215
13. Quantité de services fournis grâce au <u>paiement à l'acte</u> :					
a. médicaux	107 683	96 152	111 896	111 043	92 544
b. chirurgicaux	140 020	150 036	162 577	169 954	159 071
c. diagnostics	110 897	116 431	123 443	129 381	125 053
d. autres	816 197	716 597	783 632	787 557	665 499
e. total	1 174 797	1 079 216	1 181 548	1 197 935	1 052 167
14. Paiements totaux effectués aux médecins grâce au <u>paiement à l'acte</u> (\$) :					
a. médicaux	5 061 000	4 892 997	4 845 230	4 937 461	4 922 883
b. chirurgicaux	8 703 600	9 509 720	9 880 089	10 095 966	10 456 374
c. diagnostics	1 795 000	2 044 253	2 329 418	2 887 773	3 104 796
d. autres	16 588 900	16 537 250	16 234 598	16 502 193	16 742 162
e. total	32 148 500	32 984 220	33 289 335	34 423 393	35 226 215

2. Tient compte des paiements faits par l'intermédiaire de demandes de paiements.

Services assurés offerts aux résidents dans une autre province ou un autre territoire					
Hôpitaux	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006
15. Nombre total de demandes, malades hospitalisés.	2 220	2 059	2 006	2 163	2 187
16. Nombre total de demandes, consultations externes.	17 572	16 790	15 638	14 368	15 547
17. Paiements totaux, malades hospitalisés (\$).	9 417 000	11 713 751	14 208 471	15 325 267	16 463 548
18. Paiements totaux, consultations externes (\$).	2 930 100	2 879 064	2 578 895	2 667 968	3 225 803
19. Paiement moyen, malades hospitalisés (\$).	4 242,00	5 689,00	7 083,00	7 085,00	7 528,00
20. Paiement moyen, consultations externes (\$).	167,00	171,00	165,00	186,00	207,00
Médecins	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006
21. Quantité de services.	67 435	48 369	45 255	48 928	54 269
22. Paiements totaux (\$).	3 871 900	3 778 171	3 795 244	4 122 725	4 674 004
23. Paiement moyen par service (\$).	57,00	78,00	84,00	84,00	86,13

Services assurés offerts à l'extérieur du Canada					
Hôpitaux	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006
24. Nombre total de demandes, malades hospitalisés.	26	23	37	30	25
25. Nombre total de demandes, consultations externes.	85	152	130	93	91
26. Paiements totaux, malades hospitalisés (\$).	123 127	79 577	155 922	95 719	69 391
27. Paiements totaux, consultations externes (\$).	13 702	25 954	24 366	16 304	17 084
28. Paiement moyen, malades hospitalisés (\$).	4 736,00	3 459,00	4 214,00	3 191,00	2 775,00
29. Paiement moyen, consultations externes (\$).	161,00	171,00	187,00	175,00	188,00
Médecins	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006
30. Quantité de services.	677	521	706	627	534
31. Paiements totaux (\$).	33 995	30 076	37 100	21 849	15 844
32. Paiement moyen par service (\$).	50,00	58,00	53,00	35,00	30,00

Services chirurgicaux et dentaires assurés dans la province ou le territoire					
	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006
33. Nombre de dentistes participants.	2	2	2	2	3
34. Nombre de services fournis.	176	312	393	410	303
35. Paiements totaux (\$).	60 989	88 443	90 851	96 490	115 918
36. Paiement moyen par service (\$).	347,00	283,00	231,00	235,00	382,00



Nouvelle-Écosse

Introduction

Le ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse fait preuve de leadership et de collaboration dans le cadre de sa mission, qui est de mettre à la disposition de sa population un système de santé approprié, efficace et durable pour maintenir et améliorer la santé des Néo-Écossais. Les services de santé dispensés en Nouvelle-Écosse doivent donc être intégrés, axés sur la collectivité et durables.

En février 2006, le gouvernement de la Nouvelle-Écosse a créé un nouveau ministère de la Promotion de la santé et de la Protection, qui regroupe deux secteurs du ministère de la Santé : Bureau du médecin hygiéniste en chef et Direction de la santé publique, avec Nova Scotia Health Promotion.

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 communautaires, les conseils de santé communautaires (CSC). Les ASD sont chargées de la coordination, de la planification, de la gestion, de la prestation, de la surveillance et du financement des services de santé au sein de chaque district et elles doivent apporter un soutien aux CSC en matière de planification. Les services dispensés par les ASD sont les suivants : soins actifs et tertiaires, santé publique ainsi que services de santé mentale et de toxicomanie.

Les trente-sept CSC de la province élaborent des plans de santé communautaires en se fondant sur les soins de santé primaires et la promotion de la santé. Les ASD choisissent deux tiers des nominations au sein de leur conseil parmi les CSC. Leurs plans de santé communautaires font partie du processus annuel de planification des activités des ASD. Outre les neuf ASD, les structures de conseils, d'administration et de prestation de services du Centre de santé IWK (hôpital de soins tertiaires servant les femmes et les enfants) demeurent distinctes.

Le ministère de la Santé est chargé d'établir des orientations stratégiques et des normes pour les services de santé, en veillant à la disponibilité de services de santé de qualité, en surveillant et en évaluant le rendement et les résultats, tout en produisant des rapports à cet égard, ainsi qu'en finançant les services de santé. Le ministère de la Santé est directement chargé des services fournis par les médecins et des services pharmaceutiques, des services d'urgence de santé, des soins continus et de bien d'autres programmes et services de santé assurés et financés par l'État.

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

Conformément à la *Provincial Finance Act* (2000) ainsi qu'aux politiques et lignes directrices du gouvernement, le ministère de la Santé doit présenter un compte rendu annuel des activités faisant état de ses résultats par rapport au plan d'activités pour l'exercice visé. Le compte rendu de l'exercice 2005-2006 sera disponible vers la fin de 2006.

En 2005-2006, les dépenses en santé de la Nouvelle-Écosse cadraient avec les engagements annoncés dans le rapport de mars 2003, *Your Health Matters*, dans lequel le ministère de la Santé expose son plan pluriannuel d'amélioration des soins de santé. Ce plan est axé sur cinq secteurs clés, qui sont les suivants :

- aider les personnes à demeurer en santé;
- former, recruter et maintenir en poste un plus grand nombre de médecins, d'infirmières et d'infirmiers et de professionnels de la santé;
- raccourcir les listes d'attente pour des tests, des traitements et des soins;
- prendre soin des aînés;
- avoir accès à des services de santé près de chez soi.

Ce rapport se trouve à l'adresse suivante :

http://www.gov.ns.ca/health/your_health_matters.htm
(anglais seulement).

Dans son plan intitulé *Your Health Matters*, la Nouvelle-Écosse s'engage notamment à publier des rapports annuels sur les progrès réalisés, montrant la correspondance entre les activités réalisées et celles prévues dans les plans. Le rapport porte surtout sur la qualité, l'accès et l'efficacité, ainsi que sur les progrès au chapitre des soins de santé primaires ou communautaires, des soins à domicile et de la couverture des médicaments. Le rapport de 2005-2006, *Working Together Toward Better Health: Ministers' Report to Nova Scotians*, se trouve à l'adresse suivante : <http://www.gov.ns.ca/health/reports.htm#MinisterReport> (anglais seulement).

La Nouvelle-Écosse doit faire face à de nombreux défis en ce qui concerne la prestation de services de soins de santé. La population de la Nouvelle-Écosse vieillit. Actuellement, 14,1 p.100 de la population de cette province est âgée de 65 ans ou plus, et ce pourcentage est censé doubler d'ici 2026. Des populations vieillissantes intensifieront la pression pour étendre l'ensemble des services assurés par l'État de sorte à y inclure les soins à domicile, les soins de longue durée et une meilleure couverture des médicaments. Le fardeau de la maladie découlant des taux de maladies chroniques (cancer et diabète) supérieurs à la moyenne contribuent grandement à la hausse des coûts de la prestation des soins de santé en Nouvelle-Écosse.

Voici d'autres inducteurs importants de coûts : marché du travail très concurrentiel pour ce qui est des ressources humaines en santé, augmentation des coûts des produits pharmaceutiques et infrastructure des établissements vétustes.

Malgré ces pressions et ces défis qui ne cessent de prendre de l'importance, la Nouvelle-Écosse s'engage toujours à assurer la prestation de services jugés médicalement nécessaires qui sont conformes aux principes de la *Loi canadienne sur la santé*.

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 (anglais seulement).

1.0 Gestion publique

1.1 Régime d'assurance-maladie et autorité publique

En Nouvelle-Écosse, les services de santé sont couverts par deux régimes : le *Hospital Insurance Plan* (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, articles 3(1), 5, 6, 10, 15, 16, 17(1), 18 et 35.

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

L'article 3 de la *Health Services and Insurance Act* stipule que, sous réserve des dispositions de la *Loi* et de ses règlements d'application, tous les habitants de la province ont le droit de recevoir des services hospitaliers assurés selon des modalités uniformes, et que tous les Néo-Écossais sont assurés, selon des modalités uniformes, à l'égard du paiement des coûts des services professionnels assurés, et ce, jusqu'au tarif établi. En vertu de l'article 8 de la *Loi*, le ministre de la Santé peut, le cas échéant, et 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 nouvelle entente de niveau de service, qui est en vigueur depuis le 1^{er} août 2005. Cette nouvelle entente décennale remplace le protocole d'entente de 1992 entre Medavie et le ministère de la Santé. Aux termes de l'entente, Medavie s'occupe de gérer et d'administrer les programmes dans le cadre du MSI, les régimes d'assurance-médicaments et les services d'enregistrement des cartes de santé.

En 2005-2006, aucune modification n'a été apportée à la *Health Services and Insurance Act* ni à ses règlements d'application.

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.

L'alinéa 17(1)i) de la *Health Services and Insurance Act*, et les paragraphes 11(1) et 12(1) du *Hospital Insurance Regulations*, aux termes de cette loi, établissent les conditions régissant la présentation au ministre de la Santé, par les hôpitaux et leurs conseils d'administration, de prévisions budgétaires annuelles et de rapports mensuels sur les revenus et les dépenses réels.

1.3 Vérification des comptes

Le bureau du vérificateur général vérifie toutes les dépenses du ministère de la Santé. Un contrat est en place pour procéder à une évaluation annuelle de l'Insured Prescription Drug Plan Trust Fund. Le ministère de la Santé a conclu une nouvelle entente de niveau de service avec Medavie Croix Bleue, qui est en vigueur depuis le 1^{er} août 2005. Un plan de vérification est en cours d'élaboration pour cette entente, y compris les paiements d'assurance-maladie, qui a été recommandé par le 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 ministère de la Santé des états financiers annuels vérifiés.

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

Le rapport du vérificateur général de la Nouvelle-Écosse de juin 2006 renfermait des vérifications à l'égard de ce qui suit :

- les autorités sanitaires de district B comtés de Colchester East Hants, de Cumberland et de Pictou;
- les paiements versés aux médecins.

1.4 Mandataire désigné

En vertu d'une nouvelle entente de niveau de service avec le ministère de la Santé, qui est en vigueur depuis le 1^{er} août 2005, 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 ministère 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 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 de services hospitaliers assurés aux malades hospitalisés et externes dans 35 établissements.

L'agrément n'est pas obligatoire, mais tous les établissements sont agréés, individuellement ou à l'échelle 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, articles 3(1), 5, 6, 10, 15, 16, 17(1), 18 et 35. Le *Hospital Insurance Regulations* a 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 actes de laboratoire, de radiologie ou autres actes diagnostiques; les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes; les fournitures chirurgicales ordinaires; l'utilisation des salles d'opération, des salles de travail et des installations d'anesthésie; l'utilisation des services de radiothérapie et de physiothérapie, lorsqu'ils sont disponibles; le sang ou les produits de fractionnement du sang.

Voici la liste des services aux malades externes : les examens de laboratoire et de radiologie; les actes de diagnostic, y compris ceux utilisant des produits radiopharmaceutiques; les examens électroencéphalo-

graphiques; l'utilisation des installations d'ergothérapie et de physiothérapie, lorsqu'elles sont disponibles; les services infirmiers nécessaires; les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes; le sang ou les produits de fractionnement du sang; les services hospitaliers requis pour la plupart des interventions médicales ou chirurgicales mineures; les soins de jour pour diabétiques; les services autres que les services médicaux fournis par les Nova Scotia Hearing and Speech Clinics; les échographies diagnostiques; la nutrition parentérale à domicile; l'hémodialyse et la dialyse péritonéale.

Pour ajouter un nouveau service hospitalier à la liste des services hospitaliers assurés, les autorités sanitaires de district doivent soumettre une proposition de programme nouveau ou élargi au ministère de la Santé. Ce processus est entrepris chaque année dans le cadre de la planification des activités. Un modèle de processus élaboré par le Ministère est transmis aux districts 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 de services médicaux assurés en Nouvelle-Écosse est encadrée par la *Health Services and Insurance Act*, articles 3(2), 5, 8, 13, 13A, 17(2), 22, 27-31 et 35, et le *Medical Services Insurance Regulations*.

La *Health Services and Insurance Act* a été modifiée en 2002-2003 par l'ajout de l'article 13B, aux termes duquel : « À compter du 1^{er} novembre 2002, toute entente intervenue entre un fournisseur de soins et un hôpital, ou des prédécesseurs d'un hôpital, prévoyant la rémunération des services professionnels assurés, l'engagement, de la part du fournisseur de soins, à être de garde pour la prestation de tels services ou à se réinstaller ou à maintenir une présence à proximité d'un hôpital, exception faite des ententes auxquelles le Ministre et la Société sont parties, est nulle et non avenue et aucune rémunération n'est payable en vertu de l'entente, y compris la rémunération autrement payable pour la résiliation de l'entente. » [traduction libre]

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

- les omnipraticiens exerçant la médecine générale;
- les médecins qui ne sont pas spécialistes au sens de la disposition;
- les médecins spécialistes qui détiennent une certification de spécialité délivrée par l'organisme de réglementation professionnelle compétent de l'administration où ils exercent.

Les médecins (omnipraticiens ou spécialistes) doivent détenir un permis d'exercice du College of Physicians and Surgeons de la Nouvelle-Écosse pour avoir le droit de présenter des factures au MSI. Les dentistes qui sont rémunérés en vertu de ce régime doivent être inscrits au Provincial Dental Board et être agréés. En 2005-2006, 2 220 médecins et 33 dentistes ont été rémunérés par l'entremise du MSI.

Le médecin conserve le droit de participer au MSI, ou de s'en retirer, auquel cas il doit aviser le régime, et de se dessaisir de son numéro de facturation. Le patient qui paie directement un médecin, parce que celui-ci s'est retiré du régime, est remboursé par le MSI. Au 31 mars 2006, aucun médecin ne s'était retiré du régime.

Les services assurés sont les services nécessaires sur le plan médical pour le diagnostic, le traitement, la réadaptation ou la modification d'un tableau clinique. Il n'existe aucune limite pour les services assurés médicalement nécessaires.

En 2005-2006, aucun nouveau service d'importance n'a été ajouté à la liste des services médicaux assurés. L'approbation de nouveaux codes d'honoraires se fait régulièrement, sur une base trimestrielle, pour tenir compte d'améliorations, de nouvelles technologies ou des nouvelles façons de fournir un service.

Un comité ajoute les nouveaux codes d'honoraires à la liste des services médicaux assurés. Les médecins qui souhaitent faire reconnaître ou établir un nouveau code d'honoraires doivent au préalable soumettre leur cas à Doctors Nova Scotia, qui propose une valeur pour les honoraires suggérés.

La valeur proposée est ensuite soumise à l'examen et à l'approbation du Joint Fee and Tariff Committee. Le comité mixte est formé d'un nombre égal de membres

de Doctors Nova Scotia et du ministère de la Santé. Une fois approuvés par le comité, les nouveaux honoraires suggérés sont soumis à l'approbation finale du ministère de la Santé. Medavie Croix Bleue se charge d'ajouter les nouveaux honoraires au barème des services assurés remboursables au titre d'éléments du MSI.

2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

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

Pour fournir des services de chirurgie dentaire assurés en vertu de la *Health Services and Insurance Act*, les dentistes doivent être membres agréés de la Nova Scotia Dental Association et 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. Un dentiste participant qui souhaite se retirer du régime est tenu d'informer le MSI, par écrit; il n'est plus autorisé par la suite à présenter des réclamations au régime. Au 31 mars 2006, aucun dentiste ne s'était retiré du régime. En 2005-2006, 33 dentistes ayant fourni des services de chirurgie dentaire assurés ont été rémunérés par le MSI.

Les services de chirurgie dentaire assurés doivent être fournis dans un établissement de santé. Les services assurés sont énumérés dans le *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. Les services d'extractions courantes sont offerts aux cardiaques, aux transplantés, aux immunodéprimés et aux patients sous radiothérapie lorsqu'ils suivent un traitement actif dans un centre hospitalier et l'intervention médicale requise exige une extraction. Les autres services approuvés comprennent la couverture de toutes les biopsies chirurgicales de tissus précancéreux et cancéreux.

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 propo-

sition à cet égard au ministère de la Santé. Celui-ci rend sa décision après avoir consulté des experts dans le domaine.

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 télévisions; les médicaments et les produits biologiques prescrits après le congé de l'hôpital; la chirurgie esthétique; les interventions visant le rétablissement de la fécondité; la chirurgie transsexuelle; la fécondation *in vitro*; les interventions pratiquées dans le cadre d'essais cliniques; les services comme le pontage gastrique dans les cas d'obésité morbide, la chirurgie d'augmentation ou de réduction mammaire et la circoncision des nouveau-nés, sauf, exceptionnellement, s'ils sont jugés nécessaires sur le plan médical; les services requis par un tiers (les compagnies d'assurance, par exemple) qui ne sont pas jugés médicalement nécessaires.

Voici la liste des services médicaux non assurés fournis par les médecins : 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 comparaison 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 tiers achetant des services médicaux nécessaires sur le plan médical sont principalement la *Workers' Compensation*, les Forces canadiennes et la GRC.

Tous les habitants de la province ont droit aux services couverts aux termes de la *Health Services and Insurance Act*. Les patients qui peuvent acheter des biens et des services améliorés (lentilles intraoculaires pliables ou plâtres en fibre de verre, par exemple) doivent être bien informés des coûts. Les patients ne doivent pas se voir refuser les services en raison de leur incapacité de payer. La province offre des solutions de rechange à tout bien ou service amélioré.

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

Pour désassurer des services médicaux, les représentants de Doctors Nova Scotia et du ministère de la Santé doivent entamer un processus de négociation qui leur permettra d'évaluer conjointement une intervention pour en déterminer la nécessité sur le plan médical. Si l'intervention n'est pas jugée nécessaire sur le plan médical, elle sera retirée du barème de rémunération des médecins et ne sera plus remboursée à titre de service assuré. Lorsqu'un service est désassuré, l'ensemble des interventions et examens associés à sa prestation le deviennent 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 du *Hospital Insurance Regulations*, conformément à l'article 17 de la *Health Services and Insurance Act*. Tous les habitants de la Nouvelle-Écosse sont admissibles. On définit un habitant comme toute personne légalement autorisée à demeurer au Canada, domiciliée et résidant habituellement en Nouvelle-Écosse.

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 « résident permanent » au sens de la loi sur l'immigration.

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 », tel que défini par Citoyenneté et Immigration Canada.

Les membres de la Gendarmerie royale du Canada (GRC) et des Forces canadiennes, les détenus des pénitenciers fédéraux et les membres de l'Organisation du Traité de l'Atlantique Nord ne sont pas admissibles au MSI. Lorsque leur statut change, ils deviennent immédiatement admissibles au régime d'assurance-maladie provinciale.

En 2005-2006, aucun changement n'a été apporté aux exigences en matière d'admissibilité.

3.2 Exigences relatives à l'inscription au régime

Pour obtenir une carte d'assurance-maladie en Nouvelle-Écosse, les habitants doivent s'inscrire auprès du MSI. S'ils sont admissibles, ils doivent ensuite remplir un formulaire de demande. Le demandeur (et son conjoint, s'il y a lieu) doit signer le formulaire pour que la demande soit traitée. Il doit également fournir sur la demande le nom et l'adresse d'un témoin. Cette personne doit résider en Nouvelle-Écosse et pouvoir confirmer l'information figurant sur la demande. Le demandeur doit, en outre, inclure une preuve de citoyenneté canadienne ou fournir une copie d'un document d'immigration acceptable.

Une fois la demande approuvée, chaque membre de la famille dont le nom figure sur la demande reçoit une carte d'assurance-maladie. L'information liée à l'inscription au régime MSI est tenue sous forme d'unité familiale. Chaque carte porte un numéro unique et est valide pour la durée de vie du demandeur. Les cartes sont renouvelables tous les quatre ans. Le numéro de la carte sert aussi de principal identificateur de dossier de santé pour tous les services de santé obtenus en Nouvelle-Écosse pendant la vie du bénéficiaire. Avant d'obtenir des services assurés, les habitants doivent fournir une preuve d'admissibilité à ces services. Des avis de renouvellement sont envoyés à la plupart des détenteurs de carte trois mois avant la date d'expiration de cette dernière. Sur réception de l'avis de renouvellement dûment signé, le MSI délivrera une nouvelle carte d'assurance-maladie.

En Nouvelle-Écosse, aucune loi n'oblige les habitants de la province à s'inscrire au MSI. Il peut donc y avoir des personnes non inscrites parmi les habitants de la Nouvelle-Écosse.

En 2005-2006, on comptait 933 259 habitants inscrits au régime d'assurance-maladie.

3.3 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 des critères d'admissibilité spécifiques 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-maladie 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-maladie à compter de la date de cette demande – sous réserve d'avoir en leur possession une lettre de Citoyenneté et Immigration Canada attestant qu'ils ont fait une demande.

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 statut de résident permanent, deviennent admissibles à compter de la date d'arrivée au Canada – sous réserve d'avoir en leur possession une lettre de Citoyenneté et Immigration Canada attestant qu'ils ont fait une demande de résidence permanente.

En 2005-2006, il y avait 22 098 résidents permanents inscrits au régime d'assurance-maladie.

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 et ne porte que sur les services reçus en Nouvelle-Écosse, dont la liste figure sur la carte d'assurance-maladie. 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 2005-2006, on comptait 1 230 personnes possédant une autorisation d'emploi qui étaient couverts par le régime d'assurance-maladie.

Permis d'études : Les personnes d'autres pays en possession d'une autorisation d'étude qui viennent s'établir en Nouvelle-Écosse sont admissibles au 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 a obtenu le droit de participer au régime, les personnes à sa charge qui sont légalement autorisées à demeurer au Canada ont droit à la même couverture, selon les mêmes modalités.

En 2005-2006, 943 titulaires de permis d'études étaient couverts par le régime d'assurance-maladie.

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

4.0 Transférabilité

4.1 Délai minimal de résidence

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

4.2 Couverture durant des absences temporaires (au Canada)

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

Le MSI offre généralement une couverture aux habitants de la province qui s'établissent ailleurs au Canada pendant une durée de trois mois. Les étudiants et leurs personnes à 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 jusqu'au moment de la réception de ladite lettre, sur une base annuelle.

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, pour autant qu'ils n'établissent pas leur résidence dans une autre province ou 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 services hospitaliers et à l'entente de facturation réciproque des services médicaux. Le Québec est la seule province qui ne participe pas à l'entente de facturation réciproque des services médicaux. La Nouvelle-Écosse paie, 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. En 2005-2006, les montants payés par le régime à l'égard de services hospitaliers fournis dans d'autres provinces et territoires totalisaient 16 285 032 \$ pour les services aux malades hospitalisés et 7 345 702 \$ pour les services aux malades externes. 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 2005-2006, 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'étranger)

La Nouvelle-Écosse respecte l'entente sur l'admissibilité et la transférabilité lorsque des services assurés sont fournis à des résidents durant une absence temporaire à l'étranger. Pourvu qu'un 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. Pour être admissibles à la couverture, les habitants ne doivent habituellement pas être à l'extérieur du pays pour une période de plus de six mois dans une même année civile. Une autorisation préalable est requise pour être couvert par le MSI en cas d'intervention non urgente.

Pendant une absence temporaire de la province, les étudiants qui fréquentent à temps plein un établissement d'enseignement à l'extérieur du Canada et leurs personnes à 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 visée par la couverture 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, sous réserve 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 2005-2006, les montants payés à l'égard de services

aux malades hospitalisés fournis à l'étranger totalisaient 1 495 313 \$.

En 2005-2006, 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 non urgents 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-conseil 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

Les services assurés sont fournis aux résidents de la Nouvelle-Écosse selon des modalités uniformes, sans frais modérateurs ni supplément.

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

En 2005-2006, le ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse a investi 650 000 \$ en vue d'augmenter le nombre d'équipes multidisciplinaires communautaires pour répondre aux besoins en matière de santé primaire des Néo-Écossais.

Pour répondre aux besoins en matière d'accès de la population multiculturelle de la Nouvelle-Écosse, le ministère de la Santé de cette province a établi les lignes directrices suivantes : *Guidelines for Diversity and Social Inclusion in Primary Health Care*. Le début de la mise en œuvre de ces dernières est prévu pour 2006-2007.

5.2 Accès aux services hospitaliers assurés

Le gouvernement de la Nouvelle-Écosse continue de privilégier la prestation de services de soins de santé viables et de qualité à ses citoyens. En décembre 2005, le ministère de la Santé de cette province a publié le plan d'action pour les ressources humaines, qui constituait la première étape à l'élaboration d'une stratégie globale sur les ressources humaines en santé pour la province; celle-ci vise à assurer un effectif suffisant, au sein duquel les diverses professions sont adéquatement représentées et réparties dans les diverses régions.

En 2005-2006, 2 220 médecins exerçaient leur profession en Nouvelle-Écosse, 53 de plus que l'année précédente. Parmi ces médecins, il y avait 948 omnipraticiens et 1 270 spécialistes. Comme par les années passées, tous participaient au régime d'assurance-maladie.

La Nouvelle-Écosse déploie une stratégie de soins infirmiers depuis 2001. Ce plan pluriannuel prévoit l'adoption d'une approche globale et coordonnée permettant d'améliorer les conditions de travail, de garder les infirmières chevronnées au sein du système et de créer un milieu qui peut contribuer aux succès des efforts de recrutement. Environ 10 millions de dollars sont investis chaque année dans cette stratégie et dans des mesures visant à accroître le nombre d'étudiants en soins infirmiers.

Le réseau de télésanté de la Nouvelle-Écosse (Nova Scotia Telehealth Network - NSTHN) relie les autorités sanitaires de district et le Centre de santé IWK au moyen d'un système perfectionné de téléconférences. Les patients des régions rurales peuvent ainsi consulter les spécialistes des grands centres urbains. Le NSTHN améliore l'accès aux soins de santé de proximité pour les patients et leur famille. Il fournit également aux professionnels de la santé de toutes les régions de la province l'occasion de participer à des activités de formation sans devoir quitter leur milieu.

En octobre 2005, le lancement officiel du site Web de la province sur les temps d'attente a eu lieu (www.gov.ns.ca/health/waittimes/default.htm).

Les Néo-Écossais et leurs fournisseurs de soins y trouvent des renseignements utiles lorsqu'ils doivent prendre des décisions en matière de tests ou de traitements. Le site indique les temps d'attente relatifs aux examens, aux traitements et aux services dans les différentes régions de la province.

En 2005-2006, la Nouvelle-Écosse a annoncé de nombreux investissements, qui permettront d'améliorer l'accès des Néo-Écossais aux services de santé, notamment les suivants :

- un projet de rénovation de 2 millions de dollars au Lillian Fraser Memorial Hospital visant à améliorer l'accès aux services communautaires de soins de santé;
- plus d'un million de dollars afin d'accroître le service d'archivage et le système de communication;
- trois millions de dollars dans des tomographes par émission de positrons;
- l'établissement d'une nouvelle clinique de soins de santé primaires au Yarmouth Regional Hospital;
- l'engagement de 78 millions de dollars pour remplacer le Colchester Regional Hospital;
- l'investissement de 9,3 millions de dollars dans le St. Martha's Hospital;
- la planification d'établir un programme provincial de soins rénaux;
- l'achèvement du projet du Nova Scotia Hospital Information System, qui sera mis en œuvre dans 34 hôpitaux avec plus d'un million de patients dans les archives.

5.3 Accès aux services médicaux et de chirurgie dentaire assurés

En 2005-2006, 2 220 médecins et 33 dentistes ont fourni activement des services assurés en vertu de la *Loi canadienne sur la santé* ou des lois provinciales.

Selon l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2005, 95,1 pourcent des Néo-Écossais ont un médecin de famille régulier. La moyenne canadienne est de 86,4 pourcent.

Des solutions de financement innovatrices pour les médecins, comme le financement global et les marchés de services personnels, ont permis d'accroître le recrutement. Un programme quinquennal de mesures incitatives est offert dans 21 collectivités rurales. Il prévoit une prime annuelle pour chaque année de service complète, une aide financière pour le déménagement et la formation médicale continue et un revenu de facturation minimal garanti pendant l'année.

Il existe d'autres programmes provinciaux, parmi lesquels les contrats d'aide au démarrage pour les médecins de famille, l'accès à d'autres modes de paiement, un pro-

gramme d'aide pour le remboursement des dettes et un bureau de recrutement qui administre un site Web et coordonne les visites sur place, la publicité et la distribution de C.V. dans la province.

La Nouvelle-Écosse a augmenté la capacité de formation médicale et financé le lancement d'un programme à l'intention des omnipraticiens qui souhaitent obtenir une spécialisation après avoir exercé la médecine générale pendant deux ans dans la province.

5.4 Rémunération des médecins

La *Health Services and Insurance Act*, Revised Statutes of Nova Scotia, chapitre 197, régit la rémunération des médecins et des dentistes pour les services assurés. Les rémunérations sont versées aux médecins conformément à une entente négociée entre 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 des autres conditions. L'entente cadre en vigueur va du 1er avril 2004 au 31 mars 2008. Elle fixe la valeur unitaire des services médicaux et renferme des clauses sur l'Association canadienne de protection médicale, les services aux membres, le paiement des services fournis à l'urgence, le financement pour le service de garde, les réajustements de frais précis, les modes de règlement des différends ainsi que d'autres enjeux associés à des processus ou à des consultations.

La rémunération à l'acte reste prépondérante, mais il y a une augmentation marquée de l'utilisation d'autres modes de paiement en Nouvelle-Écosse.

Au cours des dernières années, l'utilisation d'autres modes de paiement a crû de façon notable. En 1997-1998, environ 9 pourcent des médecins étaient payés uniquement selon d'autres modes de paiements. En 2005-2006, plus de 30 pourcent des médecins sont rémunérés ainsi; ils peuvent être répartis en trois groupes :

- les spécialistes chargés d'enseignement clinique (se retrouvent principalement à Halifax, c.-à-d. dans les centres QEII et IWK), dont la plupart, sauf les urologues et ophtalmologues, sont rémunérés par d'autres modes de paiement;

- les spécialistes (obstétrique-gynécologie, anesthésiologie et pédiatrie) des districts;
- les omnipraticiens (contrats passés avec les médecins et les infirmières praticiennes).

Certains médecins tirent une partie de leur revenu de services non rémunérés à l'acte, comme ceux qui reçoivent une rémunération à la vacation, les psychiatres, ceux qui exercent dans une région éloignée, ceux qui font des gardes sur place et ceux qui couvrent les salles d'urgence, pour lesquelles il existe un programme de financement. Environ 60 pourcent des médecins de la Nouvelle-Écosse sont rémunérés en tout ou en partie par d'autres mécanismes que la rémunération à l'acte.

En 2005-2006, les paiements aux médecins de la Nouvelle-Écosse pour la prestation de services assurés se sont élevés à 540 495 196 \$. Le Ministère a versé 6 619 938 \$ de plus pour des services médicaux rendus à des résidents de la Nouvelle-Écosse dans d'autres provinces et territoires du Canada.

Les taux de rémunération des services dentaires de la province sont négociés entre le ministère de la Santé et la Dental Association of Nova Scotia. Le processus de négociation de ces taux est semblable à celui des services médicaux. Les dentistes sont rémunérés à l'acte. L'entente en vigueur, conclue en avril 2004, prend fin le 31 mars 2008.

5.5 Paiements aux hôpitaux

Le ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse fixe les objectifs budgétaires des services de soins de santé. Pour ce faire, il reçoit les plans d'activités des neuf autorités sanitaires de district (ASD), du Centre de santé IWK et d'organisations autres que des ASD. Le budget détermine les paiements qui seront versés à ces organisations pour la prestation des services.

La *Health Authorities Act* institue les neuf ASD qui remplacent les régies régionales de santé de la province. Ce changement est entré en vigueur en janvier 2001 en vertu du *Health Authorities General Regulations*. La mise en place de conseils de santé communautaires en vertu du *Community Health Boards' Member Selection Regulations* est entrée en vigueur en avril 2001. Aux termes de l'article 20 de la *Health Authorities Act*, les ASD sont chargées 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 communautaires 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 du *Hospital Insurance Regulations* définissent les modalités de paiement, par le ministre de la Santé, des services hospitaliers assurés aux hôpitaux.

En 2005-2006, il y avait 2 891 lits d'hôpitaux (3 lits par 1 000 habitants) en Nouvelle-Écosse. Les dépenses directes du ministère de la Santé pour les coûts de fonctionnement des services hospitaliers assurés ont augmenté et atteint 1,13 milliard de dollars.

6.0 Reconnaissance accordée aux transferts fédéraux

La *Health Services and Insurance Act* fait mention de la contribution du gouvernement fédéral à la Nouvelle-Écosse à l'égard du coût des services hospitaliers et de santé assurés fournis aux habitants de la province. En outre, les communiqués de presse et les médias font savoir à la population que le gouvernement alloue à la province un financement permanent sous forme de contribution au titre du Transfert canadien en matière de santé (TCS) et d'autres formes de financement.

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

- Public Accounts 2004-2005;
- Budget Estimates 2005-2006.

7.0 Services de santé complémentaires

La Direction générale des soins de santé continus du ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse offre des services de soins à domicile et de soins de longue durée. Ces services favorisent l'autonomie chez les personnes ayant des besoins de santé ainsi qu'un traitement équitable et la possibilité de faire des choix pour ces personnes. Le ministère de la Santé fournit un guichet unique pour ses services

de soins continus. Les Néo-Écossais peuvent communiquer avec ces services en composant un seul numéro sans frais.

En 2006, le ministère de la Santé a publié une stratégie des soins continus générale et pluriannuelle, qui comprend l'ajout de lits dans des établissements de soins de longue durée de même que l'élargissement et l'amélioration des services communautaires et des services à domicile au cours des cinq à dix prochaines années.

7.1 Soins intermédiaires en foyer de soins infirmiers et soins en établissement pour adultes

Le ministère de la Santé fournit des services de soins de longue durée dans les types d'établissement suivants :

- **maisons de repos et foyers pour personnes âgées**, qui offrent une panoplie de soins personnels ou de soins infirmiers pertinents aux personnes qui nécessitent la présence d'une infirmière autorisée ou d'un infirmier autorisé en tout temps;
- **établissements de soins pour bénéficiaires internes**, qui offrent des soins de surveillance ou des soins personnels en établissement;
- **services de logement dans la collectivité**, qui offrent un logement, une supervision minimale et l'amélioration de la capacité d'autonomie pour trois ou quatre pensionnaires.

Le gouvernement provincial assume les coûts liés aux services de soins de santé des pensionnaires des maisons de repos, des établissements de soins pour bénéficiaires internes et de services de logement dans la collectivité sous la responsabilité du ministère de la Santé. Les pensionnaires paient les coûts d'hébergement liés aux services de soins de longue durée qu'ils reçoivent. Les coûts d'hébergement dans un établissement de soins de longue durée sont fondés sur le type d'établissement et le revenu du pensionnaire, jusqu'à un maximum quotidien. Pour obtenir de plus amples renseignements, rendez-vous à www.gov.ns.ca/health/ccs/ltc.htm (anglais seulement).

7.2 Services de soins à domicile

Des services de soins à domicile généraux et financés par la province sont offerts aux habitants de la Nouvelle-Écosse de tout âge, et ils aident les personnes à atteindre

et à maintenir le meilleur état de santé possible et à mener une vie autonome dans la collectivité le plus longtemps possible. Les services de soins de longue durée comme les services de soins actifs sont offerts dans le cadre des services de soins à domicile. Les personnes présentant une maladie chronique ou un handicap, en convalescence, en soins palliatifs ou souffrant d'une maladie aiguë peuvent y avoir accès. Les soins fournis aux personnes dans le cadre des services de soins à domicile sont les soins infirmiers professionnels, les soins personnels, le soutien des activités à domicile, les soins alimentaires, l'oxygénothérapie à domicile et les soins de relève. Le programme fait également référence à d'autres services et établit des liens avec ceux-ci, tels que les programmes de jour pour adultes, les services de bénévoles, le transport-repas et les services de réadaptation communautaire.

En décembre 2005, le ministère de la Santé a créé un volet pour les services de soins autonomes afin d'aider les handicapés physiques de la Nouvelle-Écosse à avoir un plus grand contrôle sur leur vie. Le programme fournit des fonds aux personnes admissibles pour qu'elles soient en mesure d'embaucher directement des soignants afin de répondre à leurs besoins en matière de soutien à domicile et de soins personnels.

Outre les services susmentionnés, les programmes et services suivants sont offerts aux Néo-Écossais, qui ne sont pas prescrits par la *Loi canadienne sur la santé*.

- **Régime d'assurance-médicaments pour les personnes âgées** – Ce régime provincial aide les personnes âgées à faire face aux coûts des médicaments sur ordonnance. Pour y être admissible, il faut être âgé de 65 ans et plus et ne pas être couvert par le programme du ministère des Anciens combattants ou de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, ou un régime privé d'assurance-médicaments. Les produits couverts sont les médicaments délivrés sur ordonnance et les fournitures pour diabétiques ou stomisés figurant sur la liste des produits assurés. Des frais modérateurs équivalant à 33 p. 100 du coût total, mais ne dépassant pas 30 \$, sont exigés pour chaque achat des produits susmentionnés, jusqu'à concurrence de 360 \$ par année. Des renseignements généraux sur le régime d'assurance-médicaments se trouvent à l'adresse suivante : www.gov.ns.ca/health/pharmacare/default.htm (anglais seulement).

- **Financement spécial accordé pour certains états pathologiques** – La province accorde du financement pour l'achat de produits médicamenteux servant à traiter certaines maladies, dont la fibrose kystique, le diabète insipide, le cancer et le déficit en hormone de croissance. Il n'y a pas de frais modérateurs. Des renseignements généraux sur le régime d'assurance-médicaments se trouvent à l'adresse suivante : www.gov.ns.ca/health/pharmacare/default.htm (anglais seulement).
- **Programme d'aide sur le diabète** – En 2005-2006, 2,5 millions de dollars ont été affectés à la conception et au lancement de ce programme. Ce dernier aide à couvrir les frais de la plupart des médicaments et des fournitures pour diabétiques et est offert aux Néo-Écossais âgés de moins de 65 ans qui n'ont aucun régime d'assurance-médicaments. Des renseignements généraux sur ce programme se trouvent à l'adresse suivante : <http://www.gov.ns.ca/health/pharmacare/dap/default.htm> (anglais seulement).
- **Services d'urgences santé** – Services préhospitaliers d'urgence - Emergency Health Services Nova Scotia (EHS) assure l'élaboration continue, la mise en œuvre, la surveillance et l'évaluation de services préhospitaliers d'urgence en Nouvelle-Écosse. L'organisme regroupe dans un même système divers services destinés aux Néo-Écossais, à savoir : le transport ambulancier terrestre, le transport ambulancier aérien (EHS LifeFlight), un centre de communication (EHS Communications Centre), des services de surveillance médicale (gestion et direction), un programme de traumatologie (EHS NS Trauma Program), un centre de formation et de simulation (EHS Atlantic Health Training and Simulation Centre) et un programme de premiers intervenants (EHS Medical First Response). EHS s'est classé dans le décile supérieur des systèmes d'urgence santé en Amérique du Nord. Des frais modérateurs de 120 \$ sont imposés aux habitants de la province pour le transport ambulancier vers l'hôpital. Le transport d'un hôpital à l'autre est gratuit.
- **Programme de santé bucco-dentaire des enfants (COHP)** – Il s'agit d'un programme à deux volets. Le volet traitement couvre les services diagnostiques, les services de prévention et les services d'odontologie conservatrice. Le volet santé publique offre des activités axées sur la prévention dans le cadre d'initiatives de santé publique. Les enfants sont admissibles aux services jusqu'au dernier jour du mois où ils ont atteint l'âge de dix (10) ans. Tous les enfants admissibles ont droit à un examen et à deux radiographies dentaires par année.
- **Régimes spéciaux de soins dentaires** – Le régime couvre tous les soins dentaires requis, dont les soins prothétiques et orthodontiques, chez les enfants présentant une fente palatine (anomalie craniofaciale); les services dentaires aux personnes ayant une déficience intellectuelle sévère qui doivent être fournis en milieu hospitalier en raison de l'état de ces personnes et la gamme des interventions prophylactiques et d'odontologie conservatrice pratiquées sur les pensionnaires de la School for the Blind de la Nouvelle-Écosse. Il n'y a pas de frais imposés pour ces services, et les habitants admissibles sont les suivants : les patients inscrits à la clinique des fentes palatines (anomalies craniofaciales); les élèves inscrits à la School for the Blind; les patients présentant une déficience intellectuelle sévère qui doivent être admis à l'hôpital pour subir un traitement dentaire, sur présentation d'une attestation de la sévérité de la déficience.
- **Programme de santé mentale communautaire** – Toutes les autorités sanitaires de district, ainsi que le Centre de santé IWK, offrent des services de soins psychiatriques aigus axés sur tous les groupes d'âge. Des services spécialisés – psychiatrie légale, troubles de l'alimentation, psychogériatrie et réadaptation psychosociale – sont fournis aux malades hospitalisés ainsi que dans le cadre de services de traitement de jour et de soins de proximité. Les enfants présentant un trouble du spectre autistique ont accès, jusqu'à six ans, à des programmes d'intervention précoce. Pour favoriser le continuum des services de soins de santé mentale, deux districts sanitaires ont constitué des équipes d'intervention intensive en milieu communautaire, tandis qu'existe, à l'échelle de la province, un programme de santé mentale qui offre des services en établissement et des services de réadaptation aux enfants et aux adolescents. Les jeunes délinquants sexuels reçoivent des services de psychiatrie légale, qui relèvent du Centre de santé IWK. Ces services ne comprennent aucun frais modérateurs et sont disponibles à tous les résidents de la province.

- **Services de toxicomanie** – Divers types de services de traitement et de réadaptation sont disponibles : programmes de prise en charge du sevrage (désintoxication et orientation vers un traitement), traitement structuré en milieu communautaire, services aux malades externes et services de santé complémentaires. Les traitements sont adaptés aux besoins des patients et comportent des évaluations suivies. Des objectifs de traitements à court et à long terme sont définis avec le client. Les modalités de prestation vont des services en établissement aux consultations externes, en passant par les traitements de jour et peuvent comprendre des programmes destinés aux personnes individuelles, aux groupes et/ou aux familles. Des programmes destinés expressément aux adolescents, aux femmes, aux familles ou aux personnes coupables de conduite avec facultés affaiblies peuvent être mis sur pied. Programme des conducteurs mis à part, il n'y a pas de frais modérateurs à l'égard de ces services.
- **Services d'optométrie** – Ces services permettent de couvrir l'examen de la vue effectué par un optométriste, un examen qui est défini comme suit : « un examen qui comprend l'appréciation de la réfraction oculaire, la recherche d'une anomalie du système, ainsi que les tests et prescriptions connexes à ces deux volets de l'examen ». [Traduction libre] L'assurance couvre un examen périodique de la vue tous les deux ans pour les assurés de moins de 10 ans ou de 65 ans et plus. Pour les autres groupes d'âge, ces examens sont couverts uniquement s'ils sont médicalement indiqués.
- **Services prothétiques** – Tous les assurés de la province sont admissibles à une aide financière pour l'achat ou le remplacement de prothèses de membres de qualité standard prescrits par un médecin qualifié, ou la réparation de ces appareils. Tous les coûts en sus du montant prévu à l'égard des services susmentionnés sont à la charge de l'assuré.
- **Programme de services d'interprètes** – Ce programme garantit aux personnes sourdes et malentendantes admissibles de la Nouvelle-Écosse un accès égal aux services gouvernementaux destinés au public.
- **Programme d'orthophonie** – Les services disponibles dans le cadre de ce programme sont les suivants : les séances de traitement en face-à face; les séances de traitement en petit groupe; les consultations (dans les écoles, les garderies, les maternelles et les établissements accueillant des personnes ayant des besoins spéciaux, par exemple). Les centres de traitement des troubles de l'audition et du langage de la province fournissent des services spécialisés, dont les programmes des troubles dysphasiques (troubles du langage) – et ceux du retard de développement généralisé, dans certains endroits de la province. Il n'y a pas de frais modérateurs à l'égard de ces services. Les personnes admissibles sont les enfants de tous âges, jusqu'à la fin de la scolarisation, et les adultes tout au long de leur vie. Les conseils scolaires desservent les enfants scolarisés dans le système d'enseignement public.

Personnes inscrites					
	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006
1. Nombre total de personnes inscrites au 31 mars.	953 385	955 475	956 820	961 089	933 259

Services hospitaliers assurés dans la province ou le territoire					
Établissements publics	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006
2. Quantité :					
a. soins actifs	35	35	35	35	35
b. soins chroniques	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
c. soins de réadaptation	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
e. total	35	35	35	35	35
3. Paiements (\$) : ¹					
a. soins de courte durée	926 797 569	1 021 934 504	1 095 584 706	1 133 215 533	1 230 549 093
b. soins chroniques	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
c. soins de réadaptation	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
e. total	926 797 569	1 021 934 504	1 095 584 706	1 133 215 533	1 230 549 093
Établissements privés à but lucratif	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006
4. Quantité :					
a. installations chirurgicales	1	1	1	0	0
b. établissements d'imagerie diagnostique	0	0	0	1	1
c. total	1	1	1	1	1
5. Nombre de services hospitaliers assurés qui sont fournis :					
a. installations chirurgicales	81	83	38	0	0
b. établissements d'imagerie diagnostique	0	0	0	non disponible	non disponible
c. total	0	0	38	non disponible	non disponible
6. Paiements totaux destinés aux (\$) :					
a. installations chirurgicales	10 926	11 714	5 531	0	0
b. établissements d'imagerie diagnostique	0	0	0	non disponible	non disponible
c. total	0	0	5 531	non disponible	non disponible

1. Fonds versés uniquement aux établissements de soins actifs et aux districts de santé.

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire					
	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006
7. Nombre de médecins participants :					
a. omnipraticiens	865	875	904	905	948
b. spécialistes	1 128	1 142	1 198	1 235	1 270
c. autres	10	9	14	27	2
d. total	2 003	2 026	2 116	2 167	2 220
8. Nombre de médecins qui ont opté pour le retrait du régime d'assurance-maladie :					
a. omnipraticiens	0	0	0	0	0
b. spécialistes	0	0	0	0	0
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	0	0	0	0	0
9. Nombre de médecins qui ne participent pas :					
a. omnipraticiens	0	0	0	0	0
b. spécialistes	0	0	0	0	0
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	0	0	0	0	0
10. Services fournis grâce à <u>toutes les méthodes de paiement</u> :					
a. nombre de services	7 905 797	9 023 272	9 199 462	9 290 207	9 599 128
b. paiements totaux	359 193 862	398 328 665	434 000 386	464 685 571	540 495 196
11. Nombre de services offerts grâce au <u>paiement à l'acte</u> :					
a. omnipraticiens	4 521 991	4 563 449	4 629 753	4 706 554	4 916 485
b. spécialistes	1 650 685	1 677 973	1 924 079	1 629 835	1 636 464
c. autres	2 999	2 512	7 098	16 993	825
d. total	6 175 675	6 243 934	6 560 930	6 353 382	6 553 774
12. Versements totaux pour les médecins grâce au <u>paiement à l'acte</u> (\$) : ²					
a. omnipraticiens	102 555 964	113 507 874	120 455 816	124 586 294	133 168 106
b. spécialistes	118 414 434	127 688 914	133 964 947	121 524 641	121 365 556
c. autres	162 779	165 984	250 201	613 173	87 992
d. total	221 133 176	241 362 772	254 670 965	246 724 107	254 621 655
13. Quantité de services fournis grâce au <u>paiement à l'acte</u> :					
a. médicaux	5 124 398	5 163 027	5 262 750	5 312 025	5 527 154
b. chirurgicaux	1 009 997	1 034 307	1 054 059	993 621	975 434
c. diagnostics	34 036	39 099	41 161	45 191	50 042
d. autres	7 244	7 501	2 960	2 545	1 144
e. total	6 175 675	6 243 934	6 360 930	6 353 382	6 553 774
14. Paiements totaux effectués aux médecins grâce au <u>paiement à l'acte</u> (\$) : ²					
a. médicaux	149 555 510	163 116 603	172 722 629	172 581 326	181 786 160
b. chirurgicaux	69 173 647	75 601 138	79 322 814	71 375 047	69 832 367
c. diagnostics	2 007 251	2 184 138	2 413 712	2 638 998	2 895 304
d. autres	396 769	460 894	211 844	128 736	107 824
e. total	221 133 177	241 362 772	254 670 999	246 724 107	254 621 655

2. Possibilité d'écarts entre ces données et celles des tableaux statistiques annuels de la Nouvelle-Écosse pour des raisons d'ordre méthodologique.

Services assurés offerts aux résidents dans une autre province ou un autre territoire					
Hôpitaux	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006
15. Nombre total de demandes, malades hospitalisés.	2 050	2 300	2 368	2 335	2 252
16. Nombre total de demandes, consultations externes.	30 749	34 425	32 968	34 166	37 811
17. Paiements totaux, malades hospitalisés (\$).	8 536 691	12 685 659	15 859 930	15 795 451	16 285 032
18. Paiements totaux, consultations externes (\$).	4 009 667	4 447 816	4 303 236	6 107 316	7 345 702
19. Paiement moyen, malades hospitalisés (\$).	4 115,45	5 515,50	6 697,61	6 764,65	7 231,36
20. Paiement moyen, consultations externes (\$).	130,39	129,20	130,58	178,75	194,27
Médecins	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006
21. Quantité de services.	179 833	187 390	180 897	188 118	198 262
22. Paiements totaux (\$).	5 078 794	5 562 125	5 747 516	5 866 887	6 619 938
23. Paiement moyen par service (\$).	28,24	29,68	31,77	31,19	33,39

Services assurés offerts à l'extérieur du Canada					
Hôpitaux	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006
24. Nombre total de demandes, malades hospitalisés.	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
25. Nombre total de demandes, consultations externes.	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	non disponible
26. Paiements totaux, malades hospitalisés (\$).	1 000 023	938 092	623 896	678 205	1 495 313
27. Paiements totaux, consultations externes (\$).	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	non disponible
28. Paiement moyen, malades hospitalisés (\$).	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
29. Paiement moyen, consultations externes (\$).	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	non disponible
Médecins	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006
30. Quantité de services.	2 421	2 748	2 667	3 111	2 981
31. Paiements totaux (\$).	109 484	121 780	120 977	151 175	151 414
32. Paiement moyen par service (\$).	45,22	44,32	45,36	48,59	50,79

Services chirurgicaux et dentaires assurés dans la province ou le territoire					
	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006
33. Nombre de dentistes participants.	35	36	28	25	33
34. Nombre de services fournis.	4 497	5 188	3 780	4 343	5 169
35. Paiements totaux (\$).	884 506	939 004	904 283	995 966	1 060 006
36. Paiement moyen par service (\$).	196,69	181,00	239,23	229,33	205,07



Nouveau-Brunswick

Introduction

L'engagement permanent du Nouveau-Brunswick à l'égard des principes d'administration publique, d'intégralité, d'universalité, de transférabilité et d'accessibilité des services de soins de santé – les principes sur lesquels repose la *Loi canadienne sur la santé* – a été confirmé au cours de l'exercice financier 2005-2006, lorsque le gouvernement du Nouveau-Brunswick a mis en œuvre son Plan provincial de la santé.

Le Plan provincial de la santé, rendu public en juin 2004, établit des objectifs, des principes, des stratégies et des priorités clés pour guider les investissements et les améliorations en matière de soins de santé. Il est basé sur une vision d'un système de santé unique, intégré, fondé sur les besoins de la collectivité, axé sur le patient, accessible à tous les Néo-Brunswickois dans la langue officielle de leur choix et géré de façon durable et fiscalement responsable. Il prévoit des stratégies visant à améliorer les services de santé grâce à de nouveaux investissements sur les plans de la promotion de la santé, des soins de santé primaires, du recrutement et du maintien en poste des ressources humaines en santé, ainsi qu'à des mesures de responsabilisation accrue et des décisions fondées sur des données probantes.

Les objectifs établis dans le Plan provincial de la santé correspondent aux priorités adoptées par les premiers ministres dans le cadre du Plan décennal pour consolider les soins de santé. Le plan du Nouveau-Brunswick inclut des initiatives visant à accroître l'accès des patients aux services de santé, à permettre l'accès à des pharmacothérapies nécessaires, à accroître le nombre de précieux professionnels de la santé et à promouvoir le bien-être et les modes de vie sains.

Certaines initiatives visant à mettre en œuvre des aspects du Plan provincial de la santé ont été lancées pendant l'exercice 2005-2006.

Le 14 février 2006, le nom du Ministère a été changé pour celui de ministère de la Santé, la responsabilité du mieux-être passant à un autre ministère.

1.0 Gestion publique

1.1 Régime d'assurance-maladie et autorité publique

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

La *Loi* et son *Règlement* précisent les critères d'admissibilité, les droits des prestataires et les responsabilités de l'autorité provinciale, lesquelles comprennent l'établissement d'un régime de services de santé et la définition des services assurés et non assurés. La *Loi* régit également les types d'accords que l'autorité provinciale peut conclure avec d'autres provinces ou territoires et avec la Société médicale du Nouveau-Brunswick, de même que les droits des médecins, le mode de détermination des montants à payer pour des services autorisés, le mode d'évaluation des comptes pour des services autorisés ainsi que les questions relatives à la confidentialité et à la protection des renseignements personnels, dans la mesure où elles sont associées à l'exécution de la *Loi*.

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

1.2 Liens hiérarchiques

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

La *Loi sur les régies régionales de la santé*, qui est entrée en vigueur le 1^{er} avril 2002, établit les rapports entre les huit régies régionales de la santé (RRS) et le ministère de la Santé et du Mieux-être. Aux termes de la *Loi*, les RRS doivent préparer des plans de santé et des plans d'affaires régionaux qui concordent avec le plan de santé provincial élaboré par le ministère de la Santé et du Mieux-être. Les activités et les affaires des RRS doivent être contrôlées et gérées par un conseil d'administration dont les membres sont nommés ou élus conformément à la *Loi* et à son *Règlement*. Le directeur général de chacune des RRS relève du sous-ministre de la Santé et du Mieux-être. En vertu des paragraphes 7(1) et 7(2) de la *Loi*, le ministre de la Santé et du Mieux-être doit établir un cadre de responsabilité, rédigé en consultation avec les RRS, pour préciser les responsabilités que chaque partie a à l'égard de l'autre dans le système de santé provincial.

1.3 Vérification des comptes

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

Le Bureau du vérificateur général

En vertu de la *Loi sur le vérificateur général*, le Bureau du vérificateur général procède à la vérification externe des comptes de la province du Nouveau-Brunswick, laquelle englobe les dossiers financiers du ministère de la Santé et du Mieux-être. Pour l'exercice 2005-2006, toutes les transactions financières du Ministère ont été assujetties à la vérification. Cette procédure est effectuée de façon systématique chaque année. À la suite de la vérification, le vérificateur général publie une lettre de recommandations ou un rapport pour signaler les erreurs relevées et les faiblesses du contrôle. Le vérificateur général effectue aussi des examens de la gestion relativement aux programmes, comme il le juge opportun, et assure le suivi des vérifications effectuées au cours des années antérieures.

Le Bureau du contrôleur général

Le contrôleur est le vérificateur interne en chef de la province du Nouveau-Brunswick. Il est chargé de fournir des services de comptabilité, de vérification et de consultation conformément aux responsabilités et aux pouvoirs prévus dans la *Loi sur l'administration financière*. Les objectifs de vérification interne du contrôleur couvrent les aspects suivants : vérification des affectations de crédit, vérification des systèmes d'information, vérification de l'optimisation des ressources et vérifications légales. Le travail de vérification accompli par le Bureau du contrôleur varie selon la nature de l'entité vérifiée et les objectifs de vérification. Au cours de 2005-2006, le Bureau du contrôleur général a continué à recueillir des données sur l'évaluation des risques concernant les programmes offerts par le ministère de la Santé et du Mieux-être et a en outre entrepris l'examen des services communs au ministère de la Santé et du Mieux-être et dans d'autres ministères choisis.

Direction de la vérification interne du ministère de la Santé

La Direction de la vérification interne du Ministère a pour mandat d'examiner et d'évaluer de façon indépendante les activités du Ministère à tous les niveaux de la gestion. Ce groupe est chargé de fournir à la direction de l'information sur la pertinence et l'efficacité du système de contrôle interne et sur sa conformité à la loi et aux politiques établies. Elle procède également à des vérifications des programmes et produit des rapports sur l'efficacité, l'efficacités et l'économie de ces derniers en regard de l'atteinte des objectifs du Ministère.

2.0 Intégralité

2.1 Services hospitaliers assurés

Les autorités législatives qui régissent les services hospitaliers assurés sont la *Loi sur les services hospitaliers* (1973) et l'article 9 de son *Règlement* 84-167, et la *Loi hospitalière* (qui a reçu la sanction royale le 20 mai 1992) et son *Règlement* 92-84.

La *Loi sur les régies régionales de la santé* établit huit régies régionales de la santé (RRS). Chacune d'elles comprend un établissement hospitalier régional et un certain nombre d'établissements de moindre envergure qui offrent tous des services assurés aux malades hospitalisés et aux malades

externes. Chaque RRS regroupe d'autres établissements ou centres de santé sans lits désignés qui offrent un éventail de services aux personnes admissibles.

En vertu du *Règlement 84-167* de la *Loi sur les services hospitaliers*, les résidents du Nouveau-Brunswick sont admissibles, en tant que malades hospitalisés ou malades externes, aux services hospitaliers assurés suivants.

Les services internes dans un établissement hospitalier exploité par une régie régionale de la santé agréée, sont notamment :

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

Les services externes dans un établissement hospitalier exploité par une régie régionale de la santé agréée, sont notamment :

- les actes de diagnostic et notamment les services de laboratoire de même que les interprétations nécessaires, lorsque les personnes assurées sont référées par un médecin ou une infirmière praticienne et que les installations agréées sont disponibles;
- les actes de diagnostic et notamment les services de laboratoire de même que les interprétations nécessaires, lorsque les installations agréées sont disponibles, s'ils sont effectués aux fins d'un service de dépistage mammographique approuvé par le ministre de la Santé;
- les services externes offerts par l'hôpital lorsqu'ils sont prescrits par un médecin ou une infirmière praticienne

et rendus dans la clinique externe d'une régie régionale de la santé agréée en vue de préserver la santé, de prévenir la maladie et de faciliter le diagnostic et le traitement de toute blessure, maladie ou incapacité, à l'exception des services suivants :

- les médicaments brevetés;
- les médicaments que le malade apporte à la maison;
- les services de diagnostic rendus au profit de tierces parties tels qu'employeurs et compagnies d'assurances;
- visites ayant pour seul objet l'administration de médicaments, de sérums ou de substances biologiques; et
- tout service externe assuré au titre de la *Loi sur le paiement des services médicaux*.

2.2 Services médicaux assurés

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

La *Loi* a reçu la sanction royale le 6 décembre 1968. Le *Règlement 84-20* a été déposé le 13 février 1984 et le *Règlement 93-143*, le 26 juillet 1993. Le *Règlement 96-113* a été déposé le 29 novembre 1996 et a depuis été aboli et remplacé par le *Règlement 2002-53*, déposé le 28 juin 2005. L'annexe 4 du *Règlement 84-20* (se rapportant aux services de chirurgie dentaire) a été déposée le 13 avril 1999.

Aucun changement concernant les services médicaux n'a été apporté à la *Loi* ou au *Règlement* en 2005-2006.

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

- détenir un permis d'exercice en règle délivré par le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick;
- être membre de la Société médicale du Nouveau-Brunswick;
- détenir des privilèges dans une régie régionale de la santé; et
- être signataire de l'entente des médecins participants.

En date du 31 mars 2006, 1 461 médecins adhéraient au régime de services médicaux du Nouveau-Brunswick.

Au total, 751 omnipraticiens ou médecins de famille, 844 spécialistes, sept dentistes, cinq spécialistes de la chirurgie buccale et maxillo-faciale fournissaient des services assurés au Nouveau-Brunswick en 2005-2006. Aucun orthodontiste ne fournissait de services assurés pendant cette période.

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

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

- Les frais ne doivent pas excéder le tarif de l'assurance-maladie.
- Le médecin doit remplir les formulaires de réclamation de l'assurance-maladie prescrits et indiquer le montant total exact exigé du patient.
- Le 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 donner les services :
 - il se retire du régime et les frais excèdent le tarif;
 - en acceptant de recevoir les services dans ces conditions, le bénéficiaire renonce à tous ses droits d'obtenir un remboursement de l'assurance-maladie; et
 - le patient a le droit de se procurer ces services auprès d'un autre médecin qui participe au régime.

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

En date du 31 mars 2006, aucun médecin offrant des services de santé n'avait choisi de se retirer complètement du régime de services médicaux du Nouveau-Brunswick.

L'éventail des services autorisés par l'assurance-maladie comprend l'aspect médical de tous les services médicalement requis offerts par les médecins. Il comprend également certaines interventions de chirurgie dentaire lorsqu'elles sont pratiquées par un médecin ou par un chirurgien-dentiste dans un hôpital. L'éventail des services non autorisés est décrit dans l'annexe 2 du *Règlement 84-20 de la Loi sur le paiement des services médicaux*. Aucun nouveau service n'a été ajouté à cette liste au cours de 2005-2006.

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

2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

L'annexe 4 du *Règlement 84-20* (déposée le 23 juin 1998) de la *Loi sur le paiement des services médicaux* précise les services de chirurgie dentaire qui peuvent être fournis par un médecin qualifié dans un hôpital si l'état du patient exige que ces services soient donnés dans un hôpital. De plus, un dentiste peut être rémunéré pour assister un autre dentiste dans la prestation de services médicalement nécessaires sous certaines conditions.

Pour participer au régime de services médicaux, les dentistes doivent être inscrits à la Société dentaire du Nouveau-Brunswick et remplir l'entente des médecins

participants (incluse dans le formulaire d'inscription au régime d'assurance-maladie du Nouveau-Brunswick – services dentaires).

En date du 31 mars 2006, 78 dentistes étaient inscrits au régime d'assurance-maladie du Nouveau-Brunswick.

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

La province a élargi le rôle des spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale au Nouveau-Brunswick en modifiant la *Loi sur le paiement des services médicaux* et son *Règlement*, afin de prévoir le paiement des services assurés lorsque ces spécialistes admettent des patients en établissement et donnent à ceux-ci leur congé médical et effectuent des examens physiques. L'éventail de services et de procédures a été élargi et inclut ceux qui sont offerts aux malades non hospitalisés.

2.4 Services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

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

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

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

Services médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

Les services énumérés à l'annexe 2 du Règlement 84-20 de la *Loi sur le paiement des services médicaux* sont expressément exclus de la gamme des services autorisés par le régime d'assurance-maladie. Ce sont :

- 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 petites lésions de la peau, sauf si elles sont précancéreuses ou qu'on soupçonne qu'elles le soient;
- l'avortement, sauf lorsqu'il est effectué par un spécialiste en obstétrique et en gynécologie dans un établissement hospitalier approuvé par l'administration où est situé l'établissement hospitalier, et que deux médecins ont certifié par écrit que l'avortement était médicalement nécessaire;
- l'assistance chirurgicale pour les opérations de la cataracte, sauf si l'assistance est requise en raison des risques d'échec opératoire, à l'exception des risques inhérents à l'enlèvement même de la cataracte, en raison d'une maladie ou d'une autre complication;
- les remèdes, les médicaments, le matériel, les fournitures de chirurgie ou les dispositifs prothétiques;
- les vaccins, sérums, médicaments et préparations biologiques énumérés aux articles 106 et 108 du *Règlement du Nouveau-Brunswick* 88-200 établi en vertu de la *Loi sur la santé*;
- les consultations ou les renouvellements d'ordonnance par téléphone qui ne sont pas expressément prévus dans le Cahier des tarifs;
- l'examen de dossiers ou certificats médicaux à la demande d'une tierce partie ou autres services prescrits par les règlements administratifs régissant l'hôpital ou le personnel médical;
- les services dentaires fournis par un médecin;
- les services qui sont généralement considérés au Nouveau-Brunswick comme étant expérimentaux ou qui sont fournis à titre de recherche appliquée;
- les services qui sont fournis conjointement avec ceux qui sont visés à l'alinéa ou relativement à ceux-ci;
- le témoignage devant une cour ou tout autre tribunal;
- les immunisations, examens ou certificats pour les fins d'un voyage, d'emploi, d'émigration, d'assurance ou faits à la demande d'une tierce personne;

- les services dispensés par des médecins aux membres de leur famille immédiate;
- la psychanalyse;
- l'électrocardiographie (E.C.G.) lorsqu'elle n'est pas effectuée par un spécialiste en médecine interne ou en pédiatrie;
- les actes de laboratoire non compris dans le tarif d'un examen ou d'une consultation;
- la détermination des erreurs de réfraction;
- des services offerts dans la province par des médecins ou des dentistes et dont les droits excèdent le montant payable en vertu du présent *Règlement*;
- l'ajustage et la fourniture de lunettes ou lentilles de contact;
- la chirurgie transsexuelle;
- les services de radiologie dispensés dans la province par une clinique privée de radiologie;
- l'acupuncture;
- un examen médical complet effectué 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 gastroplastie ou le contournement de l'estomac; et
- la ponction veineuse lorsqu'elle est effectuée aux fins d'un prélèvement sanguin et en tant que procédure unique dans un endroit autre qu'un établissement hospitalier agréé.

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

La décision de retirer un service médical ou de chirurgie dentaire de la liste des services assurés est fondée sur la correspondance du service à la définition de « nécessité médicale », sur l'examen des régimes de services de santé en place au pays et sur l'utilisation antérieure de ce service particulier. La *Loi sur le paiement des services médicaux* stipule que, 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 à cette dernière, par le ministre de la Santé, 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 grâce à un communiqué de presse. Aucun processus de consultation publique n'est utilisé.

Aucun service médical ou de chirurgie dentaire n'a été supprimé de la liste des services assurés au cours de l'exercice 2005-2006.

3.0 Universalité

3.1 Admissibilité au régime

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

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

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

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

- les membres réguliers des Forces canadiennes;
- les membres de la Gendarmerie royale du Canada (GRC);
- les détenus des pénitenciers fédéraux;
- les personnes déménageant temporairement au Nouveau-Brunswick;

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

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

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

Disposition prévue lorsqu'il y a un changement de statut :

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

3.2 Exigences relatives à l'inscription au régime

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

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

Un avis d'expiration comportant toute l'information familiale enregistrée à cette date dans les dossiers d'assurance-

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

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

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

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

3.3 Autres catégories de personnes

Les non-Canadiens titulaires d'un permis d'immigration qui, normalement, ne les autoriserait pas à bénéficier de la couverture de l'assurance-maladie sont admissibles s'ils sont légalement mariés à un résident admissible du Nouveau-Brunswick ou s'ils sont conjoints de fait d'un tel résident, et s'ils demeurent en possession d'un permis d'immigration valide. Au moment du renouvellement, ils doivent fournir leur document d'immigration mis à jour.

4.0 Transférabilité

4.1 Délai minimal de résidence

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

4.2 Couverture durant des absences temporaires (au Canada)

La *Loi sur le paiement des services médicaux, Règlement 84-20*, paragraphes 3(4) et 3(5), définit la transférabilité de l'assurance-maladie pendant un séjour temporaire ailleurs au Canada.

Les étudiants qui fréquentent à temps plein une université ou un autre établissement d'enseignement approuvé et qui quittent le Nouveau-Brunswick pour poursuivre leur formation dans une autre province bénéficient d'une couverture pour une période de 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-maladie tous les 12 mois pour conserver leur admissibilité;
- ils ne doivent pas établir de résidence à l'extérieur du Nouveau-Brunswick; et
- ils ne doivent pas bénéficier d'une assurance-maladie dans une autre province.

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

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

Lorsque les résidents s'absentent pour plus de 12 mois, ils doivent demander une couverture dans la province ou le territoire où ils travaillent et ils devraient y être admissibles le premier jour du treizième mois.

Le Nouveau-Brunswick a conclu des accords officiels avec toutes les provinces et les territoires du Canada pour la facturation réciproque des services hospitaliers assurés. Le Nouveau-Brunswick a également conclu des accords réciproques avec toutes les provinces, à l'exception du Québec, pour la prestation des services médicaux assurés. Les services fournis par des médecins du Québec à des

résidents du Nouveau-Brunswick sont payés selon le tarif en vigueur au Québec, si les services offerts sont assurés au Nouveau-Brunswick. La majorité des réclamations de cette nature proviennent directement des médecins du Québec. Toute réclamation pour soins de santé payés que soumet le patient est remboursée conformément aux règlements du Nouveau-Brunswick.

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

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

Étudiants : Les étudiants qui fréquentent à temps plein une université ou un autre établissement d'enseignement approuvé et qui quittent le Nouveau-Brunswick pour poursuivre leur formation dans un autre pays bénéficient de la couverture pour une période de douze 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-maladie tous les douze mois pour conserver leur admissibilité;
- ils ne doivent pas établir leur résidence permanente à l'extérieur du Nouveau-Brunswick; et
- ils ne doivent pas bénéficier d'une assurance-maladie ailleurs.

Employés temporaires : Les résidents qui travaillent temporairement à l'extérieur du pays bénéficient d'une couverture maximale de 12 mois, même si l'on sait à l'avance qu'ils seront absents pour une période plus longue, pourvu qu'ils n'établissent pas de résidence à l'extérieur du Canada. Toute absence de plus de 182 jours, que ce soit pour des raisons de travail ou de vacances, nécessite une « approbation du directeur ». Cette approbation ne peut être accordée que pour une période n'excédant pas 12 mois et ne sera accordée qu'une seule fois tous les trois ans. La famille des résidents employés temporairement à l'extérieur du pays est toujours couverte par le régime si les résidents demeurent au Nouveau-Brunswick.

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

- la demande doit être soumise par écrit;
- il faut fournir de la documentation pour prouver son statut d'employé mobile, comme une lettre d'un employeur, une photocopie du permis d'immigration;
- la résidence permanente du travailleur doit continuer d'être au Nouveau-Brunswick;
- le travailleur doit revenir au Nouveau-Brunswick pendant les périodes de temps libre; et
- la désignation d'employé mobile est assignée pour une période maximale de deux ans, après quoi le résident doit soumettre une nouvelle demande et fournir à nouveau la documentation pour confirmer son statut.

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

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

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

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

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

4.4 Nécessité d'une approbation préalable

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

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

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

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

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

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

5.0 Accessibilité

5.1 Accès aux services de santé assurés

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

5.2 Accès aux services hospitaliers assurés

Le plan directeur du réseau hospitalier du Nouveau-Brunswick détermine le nombre de lits approuvés pour chaque région régionale de la santé.

Tous les établissements qui offrent des services assurés en vertu de la *Loi canadienne sur la santé* possèdent l'équipement ou les systèmes médicaux, chirurgicaux, de réadaptation et de diagnostic appropriés correspondant au niveau de soins désignés. En date du 31 mars 2006, la province était équipée de neuf tomodensitomètres, un pour chacune des huit RRS et une deuxième unité pour la RRS 2. La province possède également deux appareils d'imagerie par résonance magnétique mobiles de même que trois systèmes d'imagerie par résonance magnétique fixes.

5.3 Accès aux services médicaux et de chirurgie dentaire assurés

En date du 31 mars 2006, 668 omnipraticiens, 715 spécialistes et 78 dentistes (69 dentistes, cinq spécialistes de la chirurgie buccale et maxillo-faciale, quatre orthodontistes) étaient inscrits au régime.

Au cours de l'exercice 2005-2006, le ministère de la Santé et du Mieux-être a continué ses travaux sur la stratégie de recrutement et de maintien en poste qui a pour but d'attirer de nouveaux médecins de famille et des spécialistes nouvellement autorisés. Cette stratégie, annoncée en 1999-2000, comprenait un fonds d'urgence visant à permettre au Ministère de mieux exploiter les possibilités de recrutement, l'affectation de primes d'emplacement de 25 000 \$ pour les médecins de famille et de 40 000 \$ pour les spécialistes qui souhaitent exercer leur profession dans des régions mal desservies, et l'achat de cinq places supplémentaires à la faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke, lequel a été entrepris en septembre 2002. La stratégie de recrutement et de maintien en poste prévoit aussi l'accroissement de l'engagement du gouvernement à l'égard des études supérieures des médecins de famille, le maintien à 300 semaines du programme de préceptorat d'été en milieu rural des étudiants en médecine, ainsi que le déploiement d'efforts visant à obtenir pour les médecins la parité salariale relative avec les médecins des autres provinces de l'Atlantique.

5.4 Rémunération des médecins

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

En date du 29 mars 2006, un accord provisoire a été conclu avec la Société médicale du Nouveau-Brunswick en vue d'une nouvelle convention collective.

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

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

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

5.5 Paiements aux hôpitaux

Les autorités législatives qui régissent les paiements aux établissements hospitaliers au Nouveau-Brunswick sont la *Loi hospitalière*, qui régit l'administration des hôpitaux, et la *Loi sur les services hospitaliers*, qui régit leur financement. La *Loi sur les RRS*, qui prévoit la prestation et l'administration des services de santé au sein de régions géographiques bien précises, est entrée en vigueur le 1^{er} avril 2002.

Au cours de l'exercice 2005-2006, aucune modification n'a été apportée au processus de paiement aux hôpitaux.

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

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

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

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

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

La formule de répartition des fonds fondée sur la population, qui a été améliorée pendant l'exercice 2000-2001, a continué d'être utilisée au cours de 2005-2006. Cette méthode vise à prévoir la répartition appropriée des fonds disponibles pour les RRS selon les caractéristiques démographiques et les parts de marché que représentent les volumes de patients, les cas étant mesurés par pondération du volume des ressources. À l'heure actuelle, cette méthode convient mieux aux volumes de malades hospitalisés en raison de l'absence de méthodes de répartition par groupes

et de pondération applicables aux volumes de malades externes, notamment pour les services ambulatoires externes tertiaires tels que l'oncologie et l'hémodialyse.

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

Des modifications sont apportées au budget pendant l'année afin de permettre certains réglages des programmes et services pertinents, de façon récurrente ou non. Le processus de règlement de fin d'exercice permet de faire le rapprochement du budget annuel total approuvé pour chaque RRS avec ses états financiers vérifiés, ainsi que celui des revenus et des dépenses prévus au budget avec les recettes et les dépenses réelles.

6.0 Reconnaissance accordée aux transferts fédéraux

Le Nouveau-Brunswick admet invariablement le rôle du gouvernement fédéral en ce qui a trait aux contributions versées dans le cadre du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux dans les documents publics présentés au cours des processus législatifs ou administratifs. En font notamment partie les documents suivants :

- les documents budgétaires présentés par le ministre des Finances le 30 mars 2006;
- les comptes publics présentés par le ministre des Finances le 20 décembre 2005; et
- le budget principal des dépenses présenté par le ministre des Finances le 30 mars 2006.

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

7.0 Services de santé complémentaires

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

Services résidentiels et complémentaires

Les foyers de soins sont des organismes privés sans but lucratif, à l'exception d'un seul, qui appartient à la province. Pour y être admis, les clients doivent se soumettre à un processus d'évaluation fondé sur des critères précis touchant leur état de santé.

Les établissements résidentiels pour adultes sont, pour la plupart, des établissements privés sans but lucratif. Le nombre de lits disponibles varie constamment avec l'ouverture et la fermeture des établissements résidentiels par les propriétaires. Les clients y sont admis après avoir subi le même processus d'évaluation que celui qui est prévu pour l'admission aux foyers de soins infirmiers.

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

Soins ambulatoires

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

Programme extra-mural

Le Programme extra-mural du Nouveau-Brunswick, également connu sous le nom d'hôpital à la maison, est un programme de traitement actif dans le cadre duquel des soins actifs, des soins palliatifs, des soins de longue durée et des soins de réadaptation sont fournis dans la collectivité (à domicile, dans des foyers de soins ou dans des écoles publiques). Depuis 1996, le Programme est assuré par les huit RRS du Nouveau-Brunswick. Parmi les fournisseurs de soins, mentionnons des infirmières et infirmiers, des travailleuses sociales et travailleurs sociaux, des diététistes, des inhalothérapeutes, des physiothérapeutes, des ergothérapeutes et des orthophonistes. Ces services, même s'ils ne sont pas couverts en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*, sont considérés comme un service assuré par le régime de services hospitaliers de la province.

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 (MSSS).

Le régime d'assurance maladie du Québec est administré par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), 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 du Québec.

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 de base assurés, la RAMQ couvre également, avec des restrictions pour certains résidents 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, la RAMQ couvre depuis le 1^{er} janvier 1997, en plus des prestataires de l'assistance-emploi et des personnes âgées de 65 ans ou plus, les personnes qui n'ont pas accès à un régime privé d'assurance médicaments. Le régime public d'assurance médicaments couvre 3,15 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 tomodynamométrie, 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 Exigences relatives à l'inscription au régime

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.

3.3 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.

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 le statut de résident 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, du Loisir et du Sport 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 Délai minimal de résidence

Une personne qui s'établit au Québec après avoir quitté une province canadienne devient bénéficiaire du régime d'assurance maladie du Québec lorsqu'elle cesse d'avoir droit aux bénéfices de la province d'origine, pour autant qu'elle s'inscrive à la RAMQ.

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, 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 dans une autre province ou un territoire 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 pourvu que leur famille demeure au Québec ou qu'elles y conservent une habitation.

Les personnes qui séjournent à l'extérieur 183 jours ou plus sans excéder 12 mois au cours d'une même année civile maintiennent également leur statut de résident de la province, à condition que cette absence n'ait lieu qu'une fois tous les sept ans et pourvu qu'elles en avisent la RAMQ.

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 RAMQ 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

ou 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 de Témiscaming-et-de-Kipawa au Québec et la ville de North Bay en Ontario.

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 de consultation externe ou d'intervention coûteux. Toutefois, depuis le 1^{er} novembre 1995, lorsqu'un habitant de l'Outaouais est hospitalisé dans un centre hospitalier d'Ottawa pour des soins non urgents ou des services disponibles dans l'Outaouais, le gouvernement du Québec rembourse un montant maximal de 450 \$ par jour d'hospitalisation.

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

4.3 Couverture durant des absences temporaires (hors 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 RAMQ pour déterminer leur admissibilité. Si la RAMQ leur reconnaît un statut particulier, ils sont remboursés en totalité pour les frais hospitaliers en cas d'urgence ou de maladie subite et à 75 p. 100 dans les autres cas.

Les personnes qui occupent un emploi ou exécutent un contrat hors du Canada, 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 pourvu que leur famille demeure au Québec ou qu'elles y conservent une habitation.

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 RAMQ, généralement en dollars canadiens, jusqu'à concurrence de 100 \$CA par jour s'il y a eu hospitalisation, y compris dans le cas d'une chirurgie d'un jour, ou de 50 \$CA par jour pour les soins dispensés sur une base externe.

Toutefois, les traitements d'hémodialyse sont payés jusqu'à concurrence de 220 \$CA par traitement. Dans ces cas, la RAMQ 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 bucco-dentaires et les optométristes sont remboursés au tarif qui aurait été payé par la RAMQ à un professionnel de la santé reconnu du Québec, jusqu'à concurrence des frais réellement assumés. Tous les services assurés 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 admissible au régime d'assurance maladie du Québec.

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 100 p. 100 avec autorisation préalable pour les services médicaux et hospitaliers répondant à certaines conditions. Les responsables du régime n'accordent pas leur consentement si le service médical en question est offert au Québec ou au Canada.

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.

Amélioration de l'accès téléphonique aux soins : la ligne téléphonique Info-Santé CLSC sera centralisée dans

chacune des 15 régions où elle existe alors qu'Info-Social sera développé dans l'ensemble des régions. Une ligne Info-médicament et un module d'avis de la Direction de la protection de la santé publique seront intégrés à Info-Santé CLSC. Il est prévu qu'il y ait une centrale par région et l'ensemble des centrales seraient réunies en réseau et accessibles pour la population par l'entremise d'un seul numéro à trois chiffres.

Personnes âgées : dans le but de maintenir à domicile le plus longtemps possible les personnes âgées en perte d'autonomie qui le désirent, le MSSS a financé de nouveaux projets qui innovent dans la façon de dispenser des services dans les milieux de vie de ces personnes. Un montant total de 12M\$ pour trente et un (31) projets touchant près de 510 usagers a été versé en subvention au réseau pour les trois phases du programme *Pour un nouveau partenariat* au services des aînés s'élève.

Les résultats de l'évaluation du programme *Pour un nouveau partenariat* au services des aînés permettront de connaître les conditions à rencontrer pour réaliser, dans tout le Québec, des projets similaires à ceux qui ont été financés dans les différentes phases du programme. Cette nouvelle façon de dispenser les services aux personnes âgées en lourde perte d'autonomie, permettra d'offrir une nouvelle alternative au placement en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD).

Quant aux places en centres d'hébergement et de soins de longue durée, le MSSS a comme orientation de les réserver aux personnes âgées en lourde perte d'autonomie qui ont des besoins cliniques importants.

5.2 Accès aux services hospitaliers assurés

Au 31 mars 2006, le Québec comptait 118 établissements ayant une mission de centre hospitalier pour une clientèle souffrant de maladie aiguë. À la même date, on comptait 24 457 lits de soins physiques et psychiatriques de courte durée au permis de ces établissements. Par ailleurs, dans les établissements hospitaliers du Québec, il y eut entre le 1^{er} avril 2004 et le 31 mars 2005 près de 699 735 admissions pour des séjours de courte durée (incluant les nouveau-nés) et près de 295 707 inscriptions en chirurgie d'un jour. Ces hospitalisations et inscriptions ont représenté plus de 5 080 246 jours d'hospitalisation.

Restructuration du réseau de la santé : en novembre 2003, le Québec annonçait la mise en place des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (RLS) couvrant l'ensemble du territoire du Québec. Au coeur

de chacun de ces réseaux locaux se trouve une nouvelle instance locale appelée centre de santé et de services sociaux, résultant de la fusion des établissements publics qui avaient pour mission les services de CLSC, l'hébergement et les soins de longue durée et, dans la plupart des cas, les services hospitaliers de proximité. Les centres de santé et de services sociaux 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 doivent 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 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.

Gestion des listes d'attente : en octobre 2003, le ministère de la Santé et des Services sociaux a commencé la publication des listes d'attente pour chaque hôpital sur son site Internet et fournit maintenant aux médecins et aux établissements un système informatisé de gestion de l'accès aux services (SGAS). Cet outil est basé sur la notion de « délais d'accès cliniquement acceptables », tels que définis par des comités de médecins experts dans les disciplines concernées. Des guides de pratique appliqués uniformément sur l'ensemble du territoire québécois feront en sorte que, quel que soit leur lieu d'origine, tous les patients seront traités par ordre de priorité selon les mêmes critères. Une fois déployé complètement, ce système alimentera le nouveau site des listes d'attente et permettra aux patients et aux professionnels d'obtenir des données pertinentes, fiables et à jour sur les activités des centres hospitaliers et sur les délais d'accès aux différents services.

5.3 Accès aux services médicaux et de chirurgie dentaire assurés

À partir de 2003-2004, des groupes de médecine de famille (GMF) ont été établis et travaillent en étroite collaboration avec les CLSC et les autres ressources du réseau 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. Leurs services sont accessibles 24 heures par jour, sept jours par semaine pour certaines clientèles qui y sont inscrites.

Le Québec compte maintenant 114 groupes de médecine de famille (GMF) avec l'accréditation d'un nouveau GMF dans la région de la Mauricie. Leur nombre est passé de 21 à 114 en trois ans.

De son côté, le Conseil médical du Québec a formé un comité chargé de donner une signification à la notion de ratio médecin/population, puisque les comparaisons interprovinciales suggèrent que le Québec est bien nanti en nombre de médecins.

5.4 Rémunération des médecins

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 RAMQ.

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

En 2004-2005, la RAMQ a versé un montant évalué à 3 276,5 millions de dollars aux médecins de la province, alors que le montant évalué pour les services médicaux hors Québec s'élevait à 9,9 millions de dollars.

5.5 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 2004-2005 aux établissements ayant mission de centre hospitalier pour les services de santé assurés fournis aux résidents du Québec se sont élevés à plus de 7,3 milliards de dollars, et les paiements versés aux centres hospitaliers de l'extérieur se sont élevés à environ 97,2 millions de dollars.

6.0 Services de santé complémentaires

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

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

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

Ontario

Introduction

L'Ontario a 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 de l'Ontario (MSSLDO), et ses dépenses (y compris les dépenses d'immobilisations) ont dépassé 32,5 milliards de dollars en 2005-2006.

Le MSSLDO a la responsabilité de fournir des services au public ontarien grâce notamment aux programmes suivants : régime d'assurance-maladie; régime d'assurance-médicaments; appareils et accessoires fonctionnels; services de santé mentale; soins à domicile; soutien communautaire; et santé publique.

En outre, le MSSLDO réglemente et finance les hôpitaux et les maisons de soins de longue durée (maisons de soins infirmiers et résidences pour personnes âgées), gère les hôpitaux psychiatriques et les laboratoires médicaux, et finance et réglemente les services de santé d'urgence ou les gère directement.

1.0 Gestion publique

1.1 Régime d'assurance maladie et autorité publique

Le Régime d'assurance-maladie de l'Ontario (RAMO) est géré sans but lucratif par le MSSLDO. Il a été établi en vertu de la *Loi sur l'assurance-santé*, lois refondues de l'Ontario, 1990, c. H-6, pour offrir une assurance 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.

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 régime d'assurance-maladie, et il est l'autorité publique pour l'Ontario aux fins de la *Loi canadienne sur la santé*.

1.3 Vérification des comptes

Le Bureau du vérificateur général de la province effectue une vérification annuelle du MSSLDO. Le rapport annuel de 2005 du vérificateur général a été publié le 6 décembre 2005.

Les comptes et les transactions du MSSLDO sont publiés annuellement dans les Comptes publics de l'Ontario. Les Comptes publics de l'Ontario de 2005-2006 ont été diffusés le 24 août 2006.

1.4 Organisme désigné

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 au niveau local. Les RLISS sont des organismes d'État sans but lucratif qui planifieront, intégreront et financeront 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 organismes de soutien communautaire et les organismes de santé mentale.

La *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* exige que le conseil d'administration de chaque réseau local d'intégration des services de santé établisse, par règlement administratif, les comités du conseil que le ministre spécifie par règlement. Le *Règlement 417/06*, entré en vigueur le 16 septembre 2006, spécifie deux comités, avec leurs responsabilités, que le conseil des RLISS doit établir : un comité de vérification, et un comité des nominations communautaires.

La *Loi* oblige les RLISS à préparer un rapport annuel à l'intention du ministre, qui doit déposer les rapports à l'Assemblée législative. Les rapports annuels des RLISS pour 2005-2006 ont été déposés à l'Assemblée législative de l'Ontario le 24 octobre 2006.

Pour l'exercice financier 2007-2008, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario conclura une entente de responsabilisation avec chaque RLISS dans laquelle seront spécifiés les buts et les objectifs de rendement des réseaux, ainsi que les affectations de chaque prestataire de services de santé. La Loi confère aussi aux RLISS le pouvoir de financer les prestataires de services de santé et de conclure des ententes de responsabilisation avec eux.

2.0 Intégralité

2.1 Services hospitaliers assurés

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

Les services hospitaliers assurés aux malades hospitalisés sont l'utilisation des salles d'opération, des salles d'accouchement et des services d'anesthésie; les services infirmiers nécessaires; les actes de laboratoire, de radiologie ou autres actes de diagnostic; les produits pharmaceutiques, substances biologiques et préparations connexes; l'hébergement en salle commune et les repas.

Les services hospitaliers assurés aux malades externes sont 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, des installations d'anesthésie, des fournitures chirurgicales, des services infirmiers nécessaires, et la fourniture des médicaments, des produits biologiques et des préparations connexes (sous réserve de certaines exceptions), y compris les vaccins, les médicaments anticancéreux, les produits biologiques et les préparations connexes (sous réserve de certaines exceptions); l'équipement, les fournitures et les médicaments fournis aux patients hémophiles pour usage à la maison; et les médicaments suivants pour usage à la maison : la cyclosporine fournie aux patients greffés; la zidovudine, la didanosine, la zalcitabine et la pentamidine fournies aux patients infectés par le VIH; les hormones de croissance humaines biosynthétiques fournies aux patients souffrant de déficience en hormones de croissance endogènes; les médicaments destinés au traitement de la fibrose

kystique et de la thalassémie; l'érythropoïétine fournie aux patients souffrant d'anémie à la phase terminale d'une maladie rénale; l'algucérase administrée aux patients souffrant de la maladie de Gaucher; la clozapine fournie aux patients souffrant d'une forme de schizophrénie résistante au traitement.

En 2005-2006, il y avait 152 hôpitaux publics (excluant les hôpitaux de santé mentale spécialisés, les hôpitaux privés, les hôpitaux psychiatriques provinciaux, les hôpitaux fédéraux et les établissements de soins de longue durée) dotés en personnel en Ontario, dont 134 hôpitaux de soins actifs, 14 hôpitaux pour malades chroniques, et quatre unités de réadaptation générale et spécialisée. Ces établissements sont classés par activité principale, même s'ils offrent divers services hospitaliers. Par exemple, beaucoup d'hôpitaux de soins actifs offrent des services de soins pour malades chroniques, tandis qu'un certain nombre d'établissements pour malades chroniques désignés offrent aussi des services de réadaptation.

Lorsque des services médicaux assurés sont fournis dans des établissements agréés autres que les hôpitaux et que leur coût total n'est pas compris dans les honoraires médicaux payés en vertu de la *Loi sur l'assurance-santé*, le MSSLDO finance les frais d'établissement en vertu de la *Loi sur les établissements de santé autonomes*. Les frais d'établissement comprennent le coût des installations, de l'équipement, des fournitures et du personnel utilisés pour offrir un service assuré. En vertu de la *Loi sur les établissements de santé autonomes*, il est interdit de facturer les frais d'établissement aux patients.

Seuls les établissements agréés en vertu de la *Loi sur les établissements de santé autonomes* peuvent facturer les frais d'établissement au gouvernement. Ces établissements agréés comprennent notamment des établissements de traitement et de chirurgie (où sont pratiqués des avortements, des opérations de la cataracte, des dialyses, des chirurgies esthétiques à visée non uniquement cosmétique, etc.) et des établissements de diagnostic (où sont offerts des services de radiographie, d'échographie, de médecine nucléaire, d'études du sommeil et d'exploration fonctionnelle pulmonaire). La création d'un nouvel établissement passe habituellement par un processus de demandes de propositions lancé à la suite d'une évaluation des besoins.

2.2 Services médicaux assurés

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

En vertu du paragraphe 37.1(1) du *Règlement 552* de la *Loi sur l'assurance-santé*, en Ontario, un service dont la prestation est assurée par un médecin constitue un service assuré s'il est médicalement nécessaire, s'il figure dans le barème des prestations pour les services médicaux et s'il est fourni dans les circonstances ou conditions spécifiées dans ce 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 2005-2006, les médecins pouvaient, aux termes de l'article 15 de la *Loi sur l'assurance-santé*, présenter directement au Bureau du Régime d'assurance maladie de l'Ontario (RAMO) leurs réclamations à l'égard de tous les services assurés fournis aux assurés, ou un nombre limité d'entre eux pouvaient faire payer la personne assurée (voir également la Partie II de la *Loi sur l'engagement d'assurer l'avenir de l'assurance-santé*). Le terme « désengagés » désigne généralement les médecins qui ne facturent pas directement le RAMO. Un médecin désengagé facture le service au patient (sans dépasser le montant du barème des prestations), qui peut ensuite se faire rembourser par le RAMO. Toutefois, la *Loi sur l'engagement d'assurer l'avenir de l'assurance-santé*, promulguée le 23 septembre

2004, a restreint à un nombre fixe (sur la base d'une clause de maintien des droits acquis) le nombre de médecins qui pouvaient 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 22 000 médecins ont soumis des réclamations au RAMO en 2005-2006.

2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

Les services de chirurgie dentaire assurés sont ceux qui figurent dans le barème des prestations dentaires et qui sont prévus à l'article 16 du *Règlement 552* de la *Loi sur l'assurance-santé* de l'Ontario. Le Régime d'assurance-maladie de l'Ontario couvre certains services dentaires lorsque l'hospitalisation est médicalement nécessaire.

La *Loi sur l'assurance-santé* autorise le RAMO à couvrir un nombre limité d'interventions prévues dans le barème des prestations lorsque les services sont fournis par un dentiste qui fait partie du personnel d'un hôpital. Toutes les interventions assurées dans le barème des prestations dentaires doivent être pratiquées pour des raisons médicales dans un hôpital par un membre nommé du personnel dentaire de l'hôpital.

En 2005-2006, le nombre de dentistes et de chirurgiens stomatologistes ayant fourni des services assurés s'établissait à environ 330.

2.4 Services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

Les services prévus et fournis conformément à la *Loi sur l'assurance-santé* et ses règlements sont assurés.

Les services hospitaliers non assurés incluent les frais supplémentaires des chambres privées ou semi-privées sauf si elles sont prescrites par un médecin, un chirurgien stomatologiste, un spécialiste de la chirurgie buccale et maxillo-faciale 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; les visites à un hôpital de la province de malades externes à seule fin de recevoir des médicaments, sous réserve de certaines exceptions.

L'article 24 du *Règlement 552* énumère les services médicaux qui sont expressément désignés comme non assurés.

Les services médicaux non assurés comprennent les services non médicalement nécessaires; les frais d'appels interurbains; la préparation ou la fourniture d'un médicament, d'un antigène, d'un antisérum ou d'une autre substance, à moins que ce soit pour faciliter un acte; les conseils donnés par téléphone à la demande de l'assuré ou d'une personne qui la représente; les entrevues ou les conférences au sujet d'un cas, dans certaines circonstances; l'établissement et la transmission des dossiers à la demande de l'assuré; 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.

3.0 Universalité

3.1 Admissibilité

Pour être résident de l'Ontario au titre du Régime d'assurance-maladie et avoir droit à la couverture, il faut :

- être citoyen canadien ou avoir le statut d'immigrant prescrit au *Règlement 552* de la *Loi sur l'assurance-santé*;
- établir sa résidence permanente principale en Ontario;
- être physiquement présent en Ontario pendant au moins 153 jours par période de 12 mois;
- s'agissant d'un nouveau résident ou d'un résident de retour dans la province qui présente une demande d'inscription au régime, être, dans la plupart des cas, physiquement 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).

Sauf quelques exceptions où une exemption au délai de résidence est prévue, les résidents de l'Ontario, au sens du *Règlement 552* de la *Loi sur l'assurance-santé*, ont droit à la couverture du régime après un délai de résidence de trois mois. Le MSSLDO détermine si ce délai s'applique lorsque la personne présente une demande d'inscription

au régime. Par exemple, les personnes exemptées du délai de résidence de trois mois sont les nouveau-nés en Ontario, les enfants de moins de 16 ans adoptés par une personne assurée, et les résidents assurés d'une autre province ou d'un territoire qui déménagent en Ontario et deviennent immédiatement pensionnaires de foyers de bienfaisance pour personnes âgées, de foyers pour personnes âgées ou de maisons de soins infirmiers en Ontario.

En juillet 2006, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a modifié le paragraphe 3(4) du *Règlement 552* de la *Loi sur l'assurance-santé* pour soustraire au délai de résidence de trois mois du RAMO les citoyens canadiens et les résidents permanents ou immigrants reçus qui étaient arrivés en Ontario après le 20 juillet 2006 en provenance d'un pays où un effort d'évacuation avait été entrepris ou était facilité par le gouvernement fédéral.

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, le personnel 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 change (p. ex. changement du statut d'immigrant) peuvent le devenir en présentant une demande, 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 régime de l'Ontario, une demande de révision de la décision peut être soumise au ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Toute personne peut faire une telle demande de révision en s'adressant par écrit au directeur général du RAMO.

3.2 Exigences relatives à l'inscription au régime

Tout résident de l'Ontario qui désire être couvert par le Régime d'assurance-maladie de la province doit présenter une demande au MSSLDO.

Une carte santé est délivrée aux résidents admissibles qui envoient une demande au directeur général du RAMO,

conformément aux articles 2 et 3 du *Règlement 552*. Les personnes admissibles doivent présenter leur demande dès qu'elles établissent leur résidence permanente et principale dans la province. Les inscriptions se font par le biais des bureaux locaux du RAMO. Les demandeurs doivent remplir et signer un formulaire de demande d'inscription au Régime d'assurance-maladie de l'Ontario et fournir au MSSLDO les documents attestant de leur statut de citoyens canadiens ou d'immigrants admissibles, de l'établissement de leur résidence en Ontario et de leur identité. Les demandeurs admissibles âgés de plus de 15 ans et demi doivent permettre la saisie de leur photographie et de leur signature, qui seront apposées sur leur carte santé.

Chaque carte santé avec photo affiche une date d'expiration dans le coin inférieur droit. Le MSSLDO poste les avis de renouvellement à l'intention des personnes inscrites quelques semaines avant la date de renouvellement de la carte.

Le MSSLDO est le seul payeur des services médicaux, hospitaliers et chirurgico-dentaires assurés. 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 RAMO (sauf au cours de la période d'attente).

En date du 31 mars 2005, environ 12,47 millions de résidents de l'Ontario étaient inscrits au RAMO et avaient une carte santé valide et active en date du 1^{er} avril 2006.

3.3 Résidents de l'Ontario admissibles

Le MSSLDO fournit la couverture du régime 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 de leur statut d'immigrant admissible, de l'établissement de leur résidence en Ontario et de leur identité, comme les demandeurs qui sont citoyens canadiens ou résidents permanents (immigrants reçus).

Les personnes suivantes qui résident habituellement en Ontario sont admissibles à la couverture du Régime d'assurance-maladie de l'Ontario conformément au *Règlement 552* et à la politique en vigueur du Ministère. Les clients qui présentent une demande de couverture aux termes d'une des catégories ci-après devraient communiquer avec le bureau local du RAMO pour obtenir des précisions.

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 à Citoyenneté et Immigration Canada (CIC) et qui ont satisfait aux exigences médicales de CIC.

Réfugiés au sens de la Convention et personnes protégées – Ce sont les personnes qui sont réputées être des réfugiés au sens de la Convention ou des personnes protégées au sens de la *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés*. Le délai de résidence de trois mois ne s'applique pas à ce groupe de personnes.

Titulaires de permis de résidence temporaire ou de permis ministériels - Les titulaires d'un permis de résidence temporaire ou d'un permis ministériel correspondant aux types de cas 80 (adoption uniquement), 86, 87, 88 ou 89 sont admissibles à la couverture du Régime d'assurance-maladie de l'Ontario pour la durée de leur permis s'ils répondent aux conditions de résidence définies dans le *Règlement 552*. Le délai de résidence de trois mois ne s'applique pas à ce groupe de personnes. Les titulaires d'un permis de résidence temporaire ou d'un permis ministériel correspondant aux types de cas 80 (adoption uniquement), 81, 84, 85, 90, 91, 92, 93, 94, 95 et 96 ne sont pas admissibles à la couverture du Régime d'assurance-maladie de l'Ontario.

Ecclésiastiques, travailleurs étrangers et membres de leurs familles les accompagnant - Un ecclésiastique étranger admissible est une personne qui est parrainée par une organisation ou une confession religieuse et qui a conclu une entente pour exercer son ministère auprès d'une congrégation religieuse en Ontario pendant au moins six mois consécutifs.

Un travailleur étranger est une personne qui a conclu un contrat de travail avec un employeur canadien situé en Ontario et qui a reçu de Citoyenneté et Immigration Canada un permis de travail ou une autorisation d'emploi qui fait nommément mention de l'employeur canadien, établit la profession que la personne se propose d'exercer et a été délivré pour une période d'au moins six mois.

Les conjoints, les partenaires de même sexe et les enfants à charge (âgés de moins de 19 ans) d'un ecclésiastique étranger ou d'un travailleur étranger admissible sont également admissibles à la couverture du Régime d'assurance-maladie de l'Ontario si l'ecclésiastique ou le travailleur étranger doit être employé en Ontario pendant au moins trois

années consécutives et si le membre de la famille doit résider habituellement en Ontario.

Aides familiaux résidents - Les aides familiaux résidents admissibles sont les personnes qui possèdent un permis de travail ou une autorisation d'emploi valide en vertu du Programme concernant les aides familiaux résidents (PAFR) ou de l'ancien Programme concernant les employés de maison étrangers (PEME) administrés par CIC, et qui résident habituellement en Ontario. Pour les travailleurs du PAFR ou du PEME, 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.

Travailleurs agricoles migrants - Les travailleurs agricoles migrants sont des personnes qui détiennent un permis de travail ou une autorisation d'emploi en vertu du Programme des travailleurs saisonniers agricoles des Antilles, du Commonwealth et du Mexique administré par Citoyenneté et Immigration Canada. En raison de la nature particulière de leur emploi, les travailleurs agricoles migrants sont exemptés du délai de résidence de trois mois. Ils n'ont pas besoin d'être résidents pendant une période minimale de cinq mois, ni d'avoir une résidence permanente en Ontario, pour être admissibles au RAMO.

3.4 Primes

Le paiement de primes n'est pas une condition à remplir pour obtenir la couverture du Régime d'assurance-maladie de l'Ontario. La contribution-santé de l'Ontario est prélevée par le système d'impôt sur le revenu 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 Délai minimal de résidence

Conformément au paragraphe 3(3) du *Règlement 552* de la *Loi sur l'assurance-santé*, les personnes qui déménagent en Ontario sont normalement admissibles à la couverture du RAMO trois mois après l'établissement de leur résidence

dans la province, à moins que les exceptions prévues au paragraphe 3(4) du *Règlement 552* ne s'appliquent.

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 RAMO à compter du premier jour du troisième mois suivant l'établissement de leur résidence.

4.2 Couverture durant des absences temporaires (au Canada)

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

L'Ontario respecte les conditions de l'Accord sur l'admissibilité et la transférabilité, 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 de santé 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 continue d'être couvert 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 RAMO 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 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 RAMO, les étudiants doivent fournir au MSSLDO de la documentation de leur établissement d'enseignement confirmant qu'ils sont inscrits à temps plein. Les membres de leur famille qui les accompagnent pendant la durée de leurs études sont également admissibles à une couverture continue.

Conformément à la politique du MSSLDO, la plupart des résidents assurés qui désirent voyager, travailler ou étudier en dehors de l'Ontario, mais au Canada, doivent avoir été présents 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 hospitaliers 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 ministère de la Santé et des Soins de longue durée pour que ces services leur soient remboursés à titre de services assurés.

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

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 28.1 à 29 (inclusivement) et l'article 31 du *Règlement 552* de la *Loi sur l'assurance-santé*.

Aux termes des paragraphes 1.1(3), 1.1(4), 1.1(5) et 1.1(6) du *Règlement 552* de la *Loi sur l'assurance-santé*, le MSSLDO peut fournir aux résidents de l'Ontario assurés la couverture continue du Régime d'assurance-maladie de l'Ontario pendant des séjours à l'étranger excédant 212 jours (sept mois) par période de 12 mois.

Le Ministère demande que les résidents demandent cette couverture au MSSLDO 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 MSSLDO, la plupart des demandeurs doivent également avoir été présents 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 MSSLDO fournira à une personne la couverture continue du régime de l'Ontario

durant une absence prolongée à l'étranger varie en fonction de la raison de l'absence, comme suit :

Raison	Couverture du RAMO
Études	Durée du programme d'études agréé à temps plein (illimité)
Travail	Périodes de cinq ans
Travail de missionnaire	Durée des activités de missionnaire (illimité)
Vacances/autres	Jusqu'à deux ans à vie

Certains membres de la famille peuvent également avoir droit à la couverture du Régime d'assurance-maladie de l'Ontario lorsqu'ils accompagnent le demandeur principal au cours d'un séjour prolongé à l'étranger. Le bureau local du RAMO est l'organisme à contacter pour obtenir de plus amples renseignements.

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* de la *Loi sur l'assurance-santé*.

Depuis le 1^{er} septembre 1995, les frais des services hospitaliers d'urgence fournis à l'étranger sont remboursés au taux quotidien fixé par l'Ontario, à savoir :

- un maximum de 400 \$ canadiens pour les services aux malades hospitalisés;
- un maximum de 50 \$ canadiens pour les services aux malades externes (sauf dans le cas de la dialyse);
- le coût réel de chaque traitement de dialyse engagé par le patient.

Au cours de 2004-2005, les services d'urgence médicalement nécessaires rendus à l'étranger par des médecins et d'autres professionnels admissibles ont été remboursés aux taux de l'Ontario prévus dans la réglementation d'application de la *Loi sur l'assurance-santé* ou, au taux facturé, si ce dernier était inférieur. Les frais de services d'urgence médicalement nécessaires ou de services fournis à l'étranger à des malades hospitalisés ou externes sont remboursés seulement lorsqu'ils ont été rendus dans un hôpital agréé ou approuvé ou dans un établissement de santé agréé. Les services de laboratoire médicalement nécessaires fournis à l'étranger dans une situation d'urgence sont remboursés : au taux calculé selon la formule édictée à l'alinéa 29(1)b) du *Règlement* ou au taux correspondant au montant facturé si ce dernier est inférieur, lorsqu'ils

sont rendus par un médecin; au taux calculé selon la formule édictée à l'article 31 du *Règlement*, lorsqu'ils sont rendus par un laboratoire.

En 2005-2006, les paiements pour les services hospitaliers et médicaux d'urgence assurés fournis à l'étranger à des malades hospitalisés ou externes se sont élevés à 23,3 millions de dollars. (Nota : les catégories de services à l'étranger ont été modifiées en 2005-2006 afin de permettre une plus grande exactitude dans les rapports.)

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 pour le paiement de services de santé non urgents à l'étranger. Le patient peut avoir droit à la couverture complète de services de santé reçus à l'étranger lorsqu'un traitement médicalement accepté n'est pas disponible en Ontario ou que le délai d'obtention du traitement est tel qu'il peut causer des lésions tissulaires irréversibles ou mettre la vie du patient en danger.

En vertu de l'article 28.5 du *Règlement 552* de la *Loi sur l'assurance-santé*, les analyses de laboratoire effectuées à l'étranger sont remboursées, après avoir été préalablement approuvées par le MSSLDO, dans les conditions suivantes :

- ce genre de service ou de test n'est pas disponible en Ontario;
- le service ou le test est habituellement accepté en Ontario pour une personne se trouvant dans la même situation que l'assuré;
- le service ou le test n'est pas effectué à titre expérimental; et
- le service ou le test n'est pas effectué à des fins de recherche.

En 2005-2006, les paiements versés pour des traitements préalablement approuvés reçus à l'étranger s'élevaient à 56,3 millions de dollars.

Il n'y a pas de processus d'approbation préalable officiel dans le cas de services fournis aux résidents de l'Ontario ailleurs au Canada. L'Accord sur l'admissibilité et la transférabilité prévoit un barème pour les services onéreux.

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 et médicaux assurés, au sens de la *Loi sur l'assurance-santé*.

L'accessibilité aux soins de santé assurés est protégée en vertu de la *Loi sur l'engagement d'assurer l'avenir de l'assurance-santé*. Cette *Loi* interdit à une personne ou à une entité d'accepter ou de demander d'autres honoraires ou avantages que le montant exigible du RAMO. 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 un service non assuré. En outre, une personne ou une entité ne peut faire de paiements ni offrir ou recevoir un avantage quelconque en échange d'un accès privilégié à un service assuré.

Le MSSLDO a mis en oeuvre un système de validation des numéros de carte santé pour aider les patients et les fournisseurs de soins sur les plans de l'accès aux services et du 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/code de version de sa carte santé. Si un patient sans carte santé en sa possession a besoin de services de santé, le fournisseur de soins peut obtenir les renseignements nécessaires en présentant au MSSLDO un formulaire de divulgation de numéro de carte santé signé par le patient. Un processus accéléré d'obtention du numéro de carte santé d'un patient incapable de le fournir et qui a besoin d'un traitement d'urgence est offert dans les salles d'urgence par le truchement d'un service de consultation des numéros de carte santé.

5.2 Accès aux services hospitaliers assurés

Les hôpitaux publics en Ontario n'ont pas le droit de refuser de fournir des services dans des situations où la vie de la personne est en danger sous prétexte que cette dernière n'est pas assurée.

En 2005-2006, il y avait 152 hôpitaux publics dotés en personnel dans la province, dont les unités pour malades chroniques, les unités de soins généraux et les unités de réadaptation spéciale. Le nombre de jours d'hospitalisation dans les hôpitaux publics s'établissait comme suit : 6 764 626 pour les soins actifs, 1 987 995 pour les soins aux malades chroniques et 758 452 pour les soins de réadaptation.

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, 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 incluent certains services cardio-vasculaires; certains services d'oncothérapie; les services liés aux maladies chroniques du rein; et certains dons et transplantations de tissus et d'organes.

5.3 Accès aux services médicaux et de chirurgie dentaire assurés

Initiatives

- Programme des services aux régions insuffisamment desservies (PSRID) : Le PSRID est une des mesures du MSSLDO qui aident les collectivités des diverses régions de la province à avoir accès aux services de soins de santé nécessaires. Il comporte diverses initiatives de recrutement et de maintien en poste des fournisseurs de soins de santé. Pour avoir droit aux prestations connexes, une région doit avoir été désignée comme étant insuffisamment desservie. En collaboration étroite avec les régions insuffisamment desservies, le PSRID détermine les besoins en matière de ressources humaines en santé. Il fournit des incitatifs financiers et des indemnités de pratique, et donne à ces collectivités l'accès aux services médicaux par le financement de services de médecins suppléants et de cliniques itinérantes. L'Ontario compte actuellement 137 collectivités désignées comme étant insuffisamment desservies par les omnipraticiens ou les médecins de famille. De plus, 14 collectivités du Nord sont désignées comme étant insuffisamment desservies par les médecins spécialistes.
- Initiative du maintien en poste des médecins dans le Nord : L'Initiative du maintien en poste des médecins dans le Nord offre aux médecins de famille et aux spécialistes qui exercent dans le Nord de l'Ontario depuis au moins quatre ans un incitatif de maintien en poste et du financement destiné à la formation médicale continue.
- Programme de subventions accordées aux résidents du Nord de l'Ontario pour frais de transport à des fins médicales : Le Programme de subventions accordées aux résidents du Nord de l'Ontario pour frais de transport subventionne une partie des frais des patients associés aux longs déplacements nécessaires pour recevoir des services hospitaliers et des services médicaux spécialisés assurés et non urgents qui ne sont pas disponibles dans la localité; il favorise également le recours aux services de spécialistes disponibles dans le Nord de l'Ontario, ce qui encourage un plus grand nombre de spécialistes à exercer dans cette région et à y rester.
- Soins de santé primaires : En 2005-2006, l'Ontario a continué d'aligner ses modèles de prestation, en place ou nouveaux, afin d'améliorer et d'étendre l'accès aux soins de santé primaires pour tous les Ontariens par des mesures comme des services d'aide téléphonique infosanté disponibles en tout temps, des heures de service prolongées et des initiatives de soins préventifs qui améliorent la prise en charge et la prévention des maladies chroniques. En date du 31 mars 2006, environ six millions de patients étaient clients de médecins exerçant dans le cadre de modèles de prestation de soins primaires prévoyant de telles mesures. De nouvelles ententes ont été négociées et signées pour les organisations de services de santé, les réseaux de soins de santé primaires, les groupes de médecins en région rurale et dans le Nord et d'autres groupes de médecins de famille exerçant dans des milieux à besoins élevés. En transformant son système de soins de santé, l'Ontario s'est notamment engagé à créer 150 équipes Santé familiale d'ici 2007-2008 afin de favoriser le travail du médecin au sein d'une équipe multidisciplinaire s'intéressant à la conservation de la santé.
- Le protocole d'entente de 2004 entre le MSSLDO et l'Association médicale de l'Ontario prévoit l'harmoni-

sation du Réseau de soins primaires et de l'Organisation des services de santé selon un seul modèle. Ce nouveau modèle, l'organisation de santé familiale, est censé être mis en œuvre à l'automne 2006.

5.4 Rémunération des médecins

Les médecins sont rémunérés selon divers modes pour les services qu'ils fournissent. Certains sont rémunérés à l'acte, et la rémunération est celle du barème des prestations, conformément à la *Loi sur l'assurance-santé*. D'autres sont rémunérés dans le cadre du Programme des autres modes de paiement ou selon le modèle prévu pour les médecins des centres de santé universitaires.

Quarante-neuf pour cent des médecins de famille inscrits de l'Ontario sont rémunérés à l'acte seulement. Les autres reçoivent le financement fourni dans le cadre d'initiatives de soins de santé primaires, comme les réseaux de santé familiale, les groupes de santé familiale, les modèles de soins globaux et les équipes de santé familiale. Le modèle des équipes de santé familiale s'inspire des modèles financés existants de 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 financés selon un de trois modes de rémunération : salariat mixte, effectif mixte, ou capitation mixte. Il existe aussi des modèles pour les médecins dans des centres de santé universitaires qui peuvent consister en n'importe quelle combinaison des modes suivants : capitation, salariat, paiements spéciaux et primes.

Le MSSLDO négocie les taux de rémunération et autres changements du barème des prestations pour les services médicaux avec l'Association médicale de l'Ontario. Une entente quadriennale allant d'avril 2004 à mars 2008 a été conclue avec l'Association. Elle prévoit une augmentation générale de 2 p. 100 pour les spécialistes et de 2,5 p. 100 pour les omnipraticiens et les médecins de famille, à compter du 1^{er} avril 2004. Des augmentations pour certains codes de service sont également prévues, entre le 1^{er} octobre 2005 et le 1^{er} janvier 2008.

Les seuils de paiements sont éliminés à compter du 1^{er} avril 2005. De plus, cette entente : accroît l'accès aux soins dans les collectivités rurales par de nouveaux fonds destinés à

appuyer les spécialistes en milieu hospitalier dans le Nord; améliore les soins aux aînés en prévoyant de nouveaux honoraires pour les services de garde (maisons de soins de longue durée, soins à domicile et soins palliatifs); appuie les soins hospitaliers par une couverture accrue des services de garde et l'augmentation des honoraires des spécialistes pour la prestation de soins hospitaliers ainsi que par de nouveaux honoraires pour les médecins de famille qui prennent leurs patients en charge dans les services d'urgence; soutient la promotion de la santé et la prévention des maladies par des honoraires spéciaux pour la prise en charge de certaines maladies chroniques; investit dans des initiatives visant à amener des médecins en Ontario; et améliore la qualité de vie des médecins en augmentant les prestations des congés parentaux et de maternité.

L'entente prévoit également que les parties commenceront à se rencontrer en avril 2007 pour évaluer l'atteinte des objectifs fixés aux termes de celle-ci.

En ce qui a trait aux services de chirurgie dentaire assurés, le MSSLDO négocie les changements du barème des prestations avec l'Association dentaire de l'Ontario. En 2002-2003, le MSSLDO et l'Association ont convenu d'un accord de financement pluriannuel des services dentaires. Cet accord, en vigueur depuis le 1^{er} avril 2003, prendra fin le 31 mars 2007.

5.5 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, 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.

Les paiements de transfert aux hôpitaux sont établis d'après les allocations globales historiques et comportent l'allocation de fonds supplémentaires selon la croissance de la population et les prévisions en matière de demande de services, dans le cadre du budget provincial disponible.

Chaque année, les hôpitaux publics présentent un plan hospitalier qui est 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. Le plan hospitalier est fondé sur un budget pluriannuel et comprend une planification pluriannuelle correspondante. Les données présentées dans le plan 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 hôpitaux.

Dans l'entente de responsabilisation des hôpitaux, le rendement de l'hôpital est mesuré selon cinq indicateurs de rendement clés : la marge totale; le ratio du fonds de roulement; le pourcentage d'infirmières à plein temps; le risque relatif de réadmission; et les indicateurs de la qualité des soins que reçoivent les malades chroniques. Le personnel du Ministère et les hôpitaux examinent ensemble les indicateurs de rendement dans l'entente et discutent des marges de tolérance (corridors) relatives à ces indicateurs.

Cette année, les membres des réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) seront partenaires dans la planification hospitalière annuelle et le processus des ententes de responsabilisation des hôpitaux, et ils participeront à des séances de formation et à des réunions avec le Ministère. En avril 2007, la responsabilité du financement des hôpitaux en Ontario est censée passer aux RLISS.

Le MSSLDO 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 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 la contribution fédérale au titre du Transfert canadien en matière de santé dans ses publications de 2005-2006.

7.0 Services de santé complémentaires

Soins intermédiaires en maison de repos et soins en établissement pour adultes

Les foyers de soins de longue durée fournissent des soins et des services aux personnes qui ne sont plus en mesure de vivre de façon autonome et qui ont besoin de supervision, de soins personnels et de soutien 24 heures sur 24. L'atmosphère chaleureuse vise à favoriser la meilleure qualité de vie possible. Le MSSLDO finance et réglemente tous les foyers de soins de longue durée autorisés ou approuvés en vertu de trois lois distinctes : la *Loi sur les foyers pour personnes âgées et les maisons de repos*, la *Loi sur les maisons de soins infirmiers*, et la *Loi sur les établissements de bienfaisance*.

Il existe trois types de foyers de soins de longue durée, chacun régi par une loi différente :

- les foyers municipaux pour personnes âgées, par la *Loi sur les foyers pour personnes âgées et les maisons de repos*;
- les maisons de soins infirmiers, par la *Loi sur les maisons de soins infirmiers*;
- les foyers de bienfaisance, par la *Loi sur les établissements de bienfaisance*.

Le projet de loi 140, la nouvelle loi proposée sur les foyers de soins de longue durée, a été adopté en première lecture à l'Assemblée législative le 3 octobre 2006. La loi proposée prévoit un cadre législatif afin de permettre une meilleure gestion d'un secteur croissant, en évolution rapide, et une meilleure planification des besoins de la population pour ce qui est des soins de longue durée fournis dans des établissements de soins de longue durée.

En avril 2006, il y avait environ 602 foyers de soins de longue durée, offrant 75 008 lits, soit 252 foyers sans but lucratif (maisons de soins infirmiers municipales et établissements de bienfaisance), et 350 foyers à but lucratif.

Les foyers de soins de longue durée offrent services de santé et logement aux pensionnaires, en fonction des soins plus ou moins lourds requis. En général, les foyers de soins de

longue durée offrent davantage de soins personnels et d'aide qu'on en trouve dans les maisons de retraite ou les logements supervisés. Les maisons de retraite ne sont ni réglementées ni financées par le Ministère.

Le MSSLDO est également responsable d'un Programme de gestion de la conformité conçu pour protéger les droits, la sécurité, la qualité des soins et la qualité de vie des pensionnaires. Le Ministère se sert de ce programme pour surveiller les foyers de soins de longue durée et vérifier comment ils se conforment à la loi, à la réglementation, aux normes et aux critères, et aux conventions de services. Au besoin, il a recours à des mesures coercitives pour assurer la conformité.

Depuis janvier 2005, un nouveau règlement garantit que chaque pensionnaire se voit offrir au moins deux bains par semaine, et que les plans de repas sont revus et approuvés par une diététiste. En octobre 2004, le Ministère a débloqué 191 millions de dollars additionnels pour permettre aux foyers de soins de longue durée d'embaucher 2 000 personnes de plus, dont 600 infirmières autorisées. Depuis le 1^{er} août 2005, le Ministère exige que tous les foyers aient une infirmière de service 24 heures par jour.

Depuis le 1^{er} janvier 2006, tous les foyers de longue durée doivent appliquer deux nouvelles normes : soins de la peau et traitement des plaies; et soins de continence. Les inspecteurs du Ministère ont commencé à vérifier la conformité aux nouvelles normes le 1^{er} avril 2006.

Services de soins à domicile

Les programmes de soins à domicile et en milieu communautaire de l'Ontario offrent une gamme de services favorisant l'autonomie à domicile ou en milieu de soins communautaires. Ces services sont assurés par les Centres d'accès aux soins communautaires (CASC) et les organismes de services communautaires.

Les CASC simplifient l'accès des résidents admissibles de tous âges de l'Ontario aux soins à domicile et en milieu communautaire; offrent des services soins à domicile aux personnes chez elles, dans leurs écoles et dans leurs collectivités, prennent les arrangements nécessaires et coordonnent ces services; et autorisent l'admission aux foyers de soins de longue durée. Les services fournis par les CASC sont gratuits.

Les CASC fournissent ou achètent une gamme de services communautaires au nom des clients admissibles. Ces services comprennent les soins infirmiers, l'entretien ménager, l'aide personnelle, la physiothérapie, l'ergothérapie, l'orthophonie, le travail social, la diététique, les fournitures médicales et les pansements, le matériel d'hôpital ou de chambre de malade, l'aide pour obtenir une carte d'assurance-médicaments, les services de laboratoire et de diagnostic, et le transport pour aller chez le médecin ou à l'hôpital.

Les CASC évaluent les besoins individuels et déterminent l'admissibilité aux services de santé professionnels, d'entretien ménager et d'aide personnelle fournis à domicile et dans la collectivité. Ils évaluent et déterminent aussi si des enfants et des adolescents qui vont à l'école ou qui reçoivent leur enseignement à la maison sont admissibles à des services de santé professionnels et d'aide personnelle.

Les CASC établissent des plans de service et renseignent également le public sur les services de soins à domicile ou en milieu communautaire, et l'aiguillent vers ces ressources. Ils sont responsables de l'admission dans les maisons de soins de longue durée et gèrent le processus de demande de propositions en vue de l'achat de services pour les clients.

Les principales lois qui s'appliquent aux CASC sont la *Loi de 1994 sur les soins de longue durée*; la *Loi sur l'assurance-santé*, la *Loi de 2001 sur les sociétés d'accès aux soins communautaires*; la *Loi sur les maisons de soins infirmiers*; la *Loi sur les établissements de bienfaisance*; et la *Loi sur les foyers pour personnes âgées et les maisons de repos*. Chaque CASC doit aussi connaître toutes les autres lois applicables, dont la *Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé*; la *Loi de 1992 sur la prise de décisions au nom d'autrui*; la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé*; et la *Loi de 1998 sur les commissions d'appel et de révision du ministère de la Santé*.

Les organismes de services communautaires assurent des services de soutien comme les services de relève, les services de bénévoles qui visitent les foyers de personnes âgées, les services pour les personnes handicapées physiquement, les services pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, les services d'entretien ménager, les services de soins auxiliaires, les programmes de jour pour adultes, les services de soutien des soignants, les services de repas, les services d'entretien et de réparation du domicile, les

services de visites amicales, les services de vérification de sécurité et de réconfort, les services sociaux et récréatifs, et les services de transport bénévole. Ces services sont également fournis dans le cadre de programmes à l'intention des personnes qui présentent des lésions cérébrales acquises et de programmes d'aide à la vie autonome dans des logements supervisés. Ils s'inscrivent dans un continuum de services à domicile et d'autres services de santé, auxquels se greffe l'aide de la famille et des amis. Ces services sont fournis en vertu de la *Loi de 1994 sur les soins de longue durée* par des organismes communautaires sans but lucratif qui font appel à une multitude de bénévoles, et ils sont financés par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario.

La stratégie provinciale en matière de soins de fin de vie aide à remplacer l'hospitalisation, s'il y a lieu, par des services de soins à domicile rendus possibles par des avancées dans les pratiques thérapeutiques, une planification concertée entre tous les secteurs des soins de santé, et des ressources accrues. Les objectifs de la stratégie sont de déplacer les soins aux mourants d'un milieu de soins actifs vers un autre cadre approprié en fonction des préférences individuelles; de favoriser ou de créer une capacité de services de soins de fin de vie centrés sur le client et interdisciplinaires; et d'améliorer l'accessibilité et la coordination ou l'uniformité de services de soins de vie complets. Les services en fin de vie sont fournis à la maison ou en milieu communautaire par les CASC, les organismes de soutien communautaire et les hospices.

Services de soins ambulatoires

Les centres de santé communautaires bénéficient de paiements de transfert et sont régis par un conseil d'administration élu par la collectivité. Ils sont ainsi nommés parce qu'ils sont établis par la collectivité et que leurs programmes et services répondent aux besoins recensés par celle-ci. Les services sont fournis par des équipes multidisciplinaires de

médecins, d'infirmières, de conseillers, des diététistes et de personnel de la promotion de la santé. Les centres de santé communautaires offrent des services de soins de santé primaires complets ainsi que des programmes de groupe et des programmes communautaires, dont les services éducatifs aux diabétiques, les programmes parents-enfants, les cuisines communautaires, et les services d'intervenants auprès des jeunes. Ils fonctionnent dans un cadre de santé populationnelle accordant une importance égale à la prestation de soins de santé primaires complets et aux services de prévention des maladies et de promotion de la santé.

Les centres de santé communautaires définissent les groupes prioritaires qui formeront leur clientèle et qui sont habituellement les personnes pour qui la culture, la langue, le niveau d'alphabétisation, le statut socio-économique, l'état de santé mental et l'itinérance constituent des obstacles à l'accès. Ils établissent des partenariats pour améliorer l'accès aux soins, promouvoir une bonne intégration des services et renforcer la capacité d'une collectivité de s'attaquer aux risques pour la santé.

Les services sont fournis par le biais de 54 centres de santé communautaires, dans plus de 80 emplacements offrant la gamme complète des services. Il y a 27 centres de santé communautaires dans les grandes villes, 14 dans de plus petites villes et 13 dans les collectivités rurales ou du Nord. Aucune loi particulière ne régit ces centres.

Auparavant, pour qu'un centre de santé communautaire soit mis sur pied, il fallait que des groupes en manifestent le désir. D'où la répartition inégale de ces centres et les écarts importants dans la disponibilité des services entre les diverses régions de la province. Entre 2004-2005 et 2007-2008, le gouvernement élargit le réseau des centres de santé communautaires par l'ajout de 22 nouveaux centres et de 27 centres satellites. Cette expansion visera les collectivités comptant des groupes à risque élevé ayant difficilement accès aux services. Lorsqu'elle sera terminée, la plupart des écarts les plus importants dans la disponibilité des services devraient avoir été corrigés.

Personnes inscrites					
	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006
1. Nombre total de personnes inscrites au 31 mars.	11 800 000	12 100 000	12 200 000	12 400 000	12 500 000 ¹

Services hospitaliers assurés dans la province ou le territoire					
Établissements publics	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006
2. Quantité :					
a. soins actifs	139	139	139	135	134
b. soins chroniques	11	11	11	13	14
c. soins de réadaptation	4	4	4	4	4
d. autres	3	3	3	3	4
e. total	157 ²	157 ²	157 ²	155 ²	156 ²
3. Paiements (\$) :					
a. soins de courte durée	non disponible ³	non disponible ³	non disponible ³	non disponible ³	non disponible ³
b. soins chroniques	non disponible ³	non disponible ³	non disponible ³	non disponible ³	non disponible ³
c. soins de réadaptation	non disponible ³	non disponible ³	non disponible ³	non disponible ³	non disponible ³
d. autres	non disponible ³	non disponible ³	non disponible ³	non disponible ³	non disponible ³
e. total	9 200 000 000	10 300 000 000	10 300 000 000	12 300 000 000	12 700 000 000
Établissements privés à but lucratif	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006
4. Quantité :					
a. installations chirurgicales	non disponible ⁴	non disponible ⁴	non disponible ⁴	non disponible ⁴	non disponible ⁴
b. établissements d'imagerie diagnostique	non disponible ⁴	non disponible ⁴	non disponible ⁴	non disponible ⁴	non disponible ⁴
c. total	non disponible ⁴	non disponible ⁴	non disponible ⁴	non disponible ⁴	non disponible ⁴
5. Nombre de services hospitaliers assurés qui sont fournis :					
a. installations chirurgicales	non disponible ⁴	non disponible ⁴	non disponible ⁴	non disponible ⁴	non disponible ⁴
b. établissements d'imagerie diagnostique	non disponible ⁴	non disponible ⁴	non disponible ⁴	non disponible ⁴	non disponible ⁴
c. total	non disponible ⁴	non disponible ⁴	non disponible ⁴	non disponible ⁴	non disponible ⁴
6. Paiements totaux destinés aux (\$) :					
a. installations chirurgicales	non disponible ⁴	non disponible ⁴	non disponible ⁴	non disponible ⁴	non disponible ⁴
b. établissements d'imagerie diagnostique	non disponible ⁴	non disponible ⁴	non disponible ⁴	non disponible ⁴	non disponible ⁴
c. total	non disponible ⁴	non disponible ⁴	non disponible ⁴	non disponible ⁴	non disponible ⁴

1. Ces estimations représentent le nombre de personnes qui sont enregistrées au régime d'assurance-maladie de l'Ontario et détiennent des numéros de santé valides et actifs en date du 31 mars 2006.
2. Exclut les trois hôpitaux psychiatriques provinciaux.
3. Les établissements en Ontario tendent à être mixtes (soins actifs et de longue durée et soins de longue durée et de réadaptation) et seule une minorité d'établissements sont du genre patient unique. Le classement par type d'établissement ne donne qu'un échantillon restreint, faussant les montants réellement dépensés pour les lits de soins de longue durée et de réadaptation.
4. « Au MSSLDO, 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 « à but lucratif » parce qu'il ne possède pas les états financiers contenant les détails du débours, par les prestataires, des revenus du Ministère.

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire					
	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006
7. Nombre de médecins participants :					
a. omnipraticiens	10 395	10 508	10 611	10 660	10 774
b. spécialistes	10 520	10 724	10 703	11 016	11 460
c. autres	non disponible ⁵	non disponible ⁵	non disponible ⁵	non disponible ⁵	non disponible ⁵
d. total	20 915	21 232	21 314	21 676	22 234
8. Nombre de médecins qui ont opté pour le retrait du régime d'assurance-maladie :					
a. omnipraticiens	22	17	15	14	12
b. spécialistes	165	134	114	62	39
c. autres	non disponible ⁵	non disponible ⁵	non disponible ⁵	non disponible ⁵	non disponible ⁵
d. total	187	151	129	76	51
9. Nombre de médecins qui ne participent pas :					
a. omnipraticiens	non disponible ⁶	non disponible ⁶	non disponible ⁶	non disponible ⁶	non disponible ⁶
b. spécialistes	non disponible ⁶	non disponible ⁶	non disponible ⁶	non disponible ⁶	non disponible ⁶
c. autres	non disponible ⁶	non disponible ⁶	non disponible ⁶	non disponible ⁶	non disponible ⁶
d. total	non disponible ⁶	non disponible ⁶	non disponible ⁶	non disponible ⁶	non disponible ⁶
10. Services fournis grâce à <u>toutes les méthodes de paiement</u> :					
a. nombre de services	185 473 186 ⁷	188 309 344 ⁷	192 572 601 ⁷	200 825 265 ⁷	215 980 656 ⁷
b. paiements totaux	non disponible ⁷	5 420 010 700 ⁷	5 945 003 300 ⁷	6 424 329 400 ⁷	7 072 813 000 ⁷
11. Nombre de services offerts grâce au <u>paiement à l'acte</u> :					
a. omnipraticiens	77 800 000	76 800 000	78 700 000	82 111 000	84 989 000
b. spécialistes	99 600 000	102 300 000	103 300 000	109 340 200	118 667 000
c. autres	non disponible ⁸	non disponible ⁸	non disponible ⁸	non disponible ⁸	non disponible ⁸
d. total	177 400 000	179 100 000	182 000 000	191 451 200	203 656 000
12. Versements totaux pour les médecins grâce au <u>paiement à l'acte</u> (\$) :					
a. omnipraticiens	1 741 400 000	1 733 200 000	1 820 200 000	1 891 180 350	1 894 490 000
b. spécialistes	2 936 700 000	3 065 100 000	3 152 800 000	3 420 905 268	3 747 559 000
c. autres	non disponible ⁸	non disponible ⁸	non disponible ⁸	non disponible ⁸	non disponible ⁸
d. total	4 678 100 000	4 798 300 000	4 973 000 000	5 312 085 618	5 642 049 000
13. Quantité de services fournis grâce au <u>paiement à l'acte</u> :					
a. médicaux	81 800 000	81 800 000	80 900 000	85 101 110	88 800 000
b. chirurgicaux	22 700 000	23 900 000	27 100 000	28 507 294	33 600 000
c. diagnostics	72 900 000	73 400 000	74 000 000	77 842 796	81 300 000
d. autres	non disponible ⁸	non disponible ⁸	non disponible ⁸	non disponible ⁸	non disponible ⁸
e. total	177 400 000	179 100 000	182 000 000	191 451 200	203 700 000
14. Paiements totaux effectués aux médecins grâce au <u>paiement à l'acte</u> (\$) :					
a. médicaux	2 731 400 000	2 742 800 000	2 818 000 000	3 010 146 244	3 214 300 000
b. chirurgicaux	706 800 000	735 000 000	787 700 000	841 409 580	894 100 000
c. diagnostics	1 239 800 000	1 320 500 000	1 367 300 000	1 460 529 794	1 533 700 000
d. autres	non disponible ⁸	non disponible ⁸	non disponible ⁸	non disponible ⁸	non disponible ⁸
e. total	4 678 100 000	4 798 300 000	4 973 000 000	5 312 085 618	5 642 100 000

5. Tous les médecins sont classés dans les catégories omnipraticien ou spécialiste.
6. 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 no 8.
7. Le nombre de services comprend les services fournis par les 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. 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 universitaires médico-hospitaliers, ainsi que Hôpital sur le Programme d'appel. Les paiements reliés à L'Autre programme de praticien, Hors du pays/Hors des programmes de province et aux laboratoires communautaires sont exclus.
8. Tous les médecins sont classés dans les catégories omnipraticien ou spécialiste, et selon qu'il s'agit de services médicaux ou chirurgicaux ou de services de diagnostic.

Services assurés offerts aux résidents dans une autre province ou un autre territoire					
Hôpitaux	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006
15. Nombre total de demandes, malades hospitalisés.	8 633	9 306	9 023	8 184	8 374
16. Nombre total de demandes, consultations externes.	144 831	140 692	167 143	154 460	174 848
17. Paiements totaux, malades hospitalisés (\$).	36 800 000	48 500 000	63 000 000	52 000 000	54 000 000
18. Paiements totaux, consultations externes (\$).	18 000 000	16 500 000	20 000 000	23 000 000	29 100 000
19. Paiement moyen, malades hospitalisés (\$).	4 262,70	5 211,70	6 982,00	6 353,00	6 448,53
20. Paiement moyen, consultations externes (\$).	124,30	117,30	119,66	129,48	166,43
Médecins	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006
21. Quantité de services.	469 146	497 880	557 720	534 179	573 830
22. Paiements totaux (\$).	15 500 000	17 700 000	18 600 000	20 300 000	21 164 600
23. Paiement moyen par service (\$).	33,00	35,00	33,34	38,00	36,89

Services assurés offerts à l'extérieur du Canada					
Hôpitaux	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006
24. Nombre total de demandes, malades hospitalisés	18 542	23 295	21 458	21 710	23 845
25. Nombre total de demandes, consultations externes.	non disponible ⁹	non disponible ⁹	non disponible ⁹	non disponible ⁹	non disponible ⁹
26. Paiements totaux, malades hospitalisés (\$).	19 300 000	27 200 000	32 000 000	42 466 826	66 916 271
27. Paiements totaux, consultations externes (\$).	non disponible ¹⁰	non disponible ¹⁰	non disponible ¹⁰	non disponible ¹⁰	non disponible ¹⁰
28. Paiement moyen, malades hospitalisés (\$).	1 043,20	1 167,40	1 490,80	1 956,10	2 806,30
29. Paiement moyen, consultations externes (\$).	non disponible ¹¹	non disponible ¹¹	non disponible ¹¹	non disponible ¹¹	non disponible ¹¹
Médecins	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006
30. Quantité de services.	157 191	200 428	180 395	179 410	200 723
31. Paiements totaux (\$).	8 200 000	10 200 000	9 900 000	11 635 998	13 211 381
32. Paiement moyen par service (\$).	51,90	51,00	55,10	64,86	65,82

Services chirurgicaux et dentaires assurés dans la province ou le territoire					
	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006
33. Nombre de dentistes participants.	327	319	323	335	330
34. Nombre de services fournis.	74 000	75 600	72 900	86 000	87 111
35. Paiements totaux (\$).	8 600 000	9 300 000	9 200 000	11 786 600	12 546 397
36. Paiement moyen par service (\$).	116,00	123,02	126,20	137,05	144,03

9. Inclus au n° 24.

10. Inclus au n° 26.

11. Inclus au n° 28.

Manitoba

Introduction

Santé Manitoba et la Vie saine Manitoba fournissent le leadership et le soutien nécessaires à la protection, à la préservation et à la promotion de la santé de tous les Manitobains. Le Ministère comprend cinq secteurs fonctionnels distincts, mais interdépendants : Soutien des programmes ministériels et provinciaux, Programmes de vie saine et de santé, Personnel de santé, Affaires régionales, et Administration, finances et responsabilisation. Les mandats de ces secteurs découlent des lois et des politiques établies sur la santé et le mieux-être. Les rôles et responsabilités de Santé Manitoba sont d'élaborer des normes, des politiques et des programmes, à rendre des comptes sur le plan financier et à évaluer les programmes.

Santé Manitoba et la Vie saine Manitoba demeurent engagés à soutenir notre système de soins de santé universel, intégral et accessible, et à améliorer l'état de santé de tous les Manitobains. À l'appui de ces engagements, un certain nombre d'activités ont été entreprises en 2005-2006.

Le ministère de la Vie saine a entrepris une consultation auprès de la population manitobaine à l'échelle de la province sur des façons de maximiser la santé des enfants et des adolescents maintenant et lorsqu'ils seront adultes. Une initiative de prévention des maladies chroniques pour lutter contre les facteurs de risque qui contribuent aux maladies chroniques a été mise en œuvre. Une stratégie provinciale d'activité physique, appelée « Manitoba en mouvement » et des campagnes d'éducation publique, comme « Protégez votre caboche », ont également été lancées.

Le Manitoba a présenté un plan en cinq points de 155 millions de dollars pour améliorer l'accès des soins de qualité et réduire les temps d'attente dans des domaines clés. Le plan prévoit plus d'épreuves diagnostiques, plus d'interventions chirurgicales, plus de professionnels de la santé, des innovations dans le

système, ainsi qu'une gestion des listes d'attente, une prévention et une promotion de la santé améliorées.

L'Institut pour la sécurité des patients du Manitoba, qui a été créé en 2004, a entrepris diverses activités pour promouvoir, coordonner et stimuler la recherche et les initiatives favorisant la protection des patients et la qualité des soins. Par exemple, les principales parties prenantes ont été consultées, des enquêtes ont été effectuées sur la culture de la sécurité, et un atelier provincial et d'autres forums sur la sécurité des patients ont eu lieu.

Le Programme d'assurance-médicaments du Manitoba a été bonifié par l'ajout de 220 nouveaux médicaments et de 43 nouvelles catégories interchangeables.

Une nouvelle stratégie de soins de longue durée pour les personnes âgées, « Vieillesse chez soi », aidera les personnes âgées à continuer de vivre chez elles et offrira des solutions de rechange à l'institutionnalisation.

D'importants investissements en capital ont également été faits dans les établissements de soins actifs, comme l'inauguration du Centre de cardiologie à l'Hôpital Saint-Boniface et la suite du redéploiement du secteur des services critiques au Centre de sciences de la santé à Winnipeg, l'agrandissement ou la rénovation du Centre de santé de Swan Valley et des hôpitaux de Sainte-Anne et de Flin Flon, et la construction d'un nouveau centre de santé à Wabowden.

Le rôle et la mission de Santé Manitoba

Santé Manitoba et la Vie saine Manitoba sont des ministères hiérarchiques au sein du gouvernement. Leur fonctionnement est régi par les dispositions législatives et les responsabilités confiées aux ministres de la Santé et de la Vie saine. Les mandats officiels conférés par les lois, et ceux qui découlent de la nécessité d'agir face aux nouveaux problèmes de santé ou de soins de santé, servent de cadre à la planification et à la prestation des services. Que les Manitobains puissent vivre en santé, grâce à une offre équilibrée de services de prévention et de soins de santé, telle est la vision de Santé Manitoba et de la Vie saine Manitoba.

Ces ministères ont pour mission de diriger un système de santé public viable, adapté aux besoins des Manitobains et qui favorise leur santé et leur bien-être. Pour l'accomplir, ils comptent sur une structure d'enveloppes globales, assorties de l'obligation de rendre des comptes sur les programmes, les politiques et la gestion financière, sur l'établissement de politiques gouvernementales judicieuses et sur la prestation de services de santé et de soins de santé pertinents et efficaces. Les services sont fournis par l'intermédiaire des systèmes de prestation régionaux, des hôpitaux et des autres établissements de soins de santé. Santé Manitoba verse également, au nom des Manitobains, des paiements au titre des services de santé assurés en ce qui concerne les soins médicaux, les soins hospitaliers, les soins personnels, les médicaments couverts par l'assurance-médicaments et d'autres services de santé.

Santé Manitoba et la Vie saine Manitoba ont aussi pour rôle de favoriser l'innovation dans le système de santé. À cette fin, ils se dotent de mécanismes d'évaluation et de surveillance de la qualité, de l'utilisation et du rapport coût-efficacité des soins, font la promotion des comportements et des milieux favorables à la santé et encouragent la souplesse et l'adaptation aux besoins pour la prestation des services ainsi que le recours à des solutions de rechange moins coûteuses.

1.0 Gestion publique

1.1 Régime d'assurance maladie et autorité publique

Le régime d'assurance maladie du Manitoba est géré par le ministère de la Santé en vertu de la *Loi sur l'assurance-maladie*, R.S.M. 1987, ch. H35. En 1992, des modifications importantes ont été apportées à la *Loi*¹ : la Commission des services de santé du Manitoba a été dissoute et tous ses biens et responsabilités ont été transférés à Santé Manitoba. Cette dissolution est entrée en vigueur le 31 mars 1993.

Le régime d'assurance maladie du Manitoba est géré conformément aux dispositions de la *Loi sur l'assurance-maladie* qui s'appliquent à la couverture des services hospitaliers, des soins personnels et des soins médicaux et autres services de santé assurés aux termes des lois provinciales ou de leurs règlements d'application. La *Loi* a été modifiée le 1^{er} janvier 1999, de manière à couvrir les soins médicaux assurés en consultations externes et qui sont fournis dans un établissement chirurgical.

Le ministre de la Santé est responsable de l'administration du régime. Aux termes du paragraphe 3(2) de la *Loi*, le Ministre peut :

- fournir aux résidents de la province une assurance relative aux coûts des services hospitaliers, des soins médicaux, des soins personnels et d'autres services de santé;
- planifier, organiser et mettre sur pied dans toute la province un réseau équilibré et intégré d'hôpitaux, de foyers de soins personnels ainsi que d'établissements et de services associés au domaine de la santé qui répondent aux besoins des résidents de la province;
- faire en sorte que des normes satisfaisantes soient maintenues dans les hôpitaux, dans les foyers de soins personnels ainsi que dans les établissements associés au domaine de la santé, y compris les normes relatives à la surveillance, à la délivrance de licences, à l'équipement et à l'inspection ou prendre les dispositions qu'il juge nécessaires pour assurer le maintien de normes satisfaisantes;
- sauf dans le cas des soins individuels aux malades, fournir un service de consultation aux hôpitaux et aux foyers de soins personnels de la province ou prendre les dispositions qu'il juge nécessaires afin d'assurer la prestation d'un tel service;
- exiger que les dossiers des hôpitaux, des foyers de soins personnels et des établissements associés au domaine de la santé soient vérifiés tous les ans et que les rapports que requiert le gouvernement du Canada à l'égard des hôpitaux soient présentés;
- dans les cas où les résidents n'ont pas accès à des soins médicaux ni à d'autres services de santé, prendre les mesures qu'il juge nécessaires pour planifier, organiser et mettre sur pied de tels services afin de répondre aux besoins des résidents.

1 Lorsqu'il est fait mention de « la Loi » dans le texte, il s'agit de la *Loi sur l'assurance-maladie* selon la codification du 31 mars 2006.

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 également, par écrit, déléguer à quiconque les pouvoirs ou les fonctions que lui confèrent la *Loi* ou ses règlements.

Aucune modification législative se répercutant sur la gestion publique du régime n'a été apportée à la *Loi* ou à ses règlements au cours de l'exercice 2005-2006.

1.2 Liens hiérarchiques

Aux termes de l'article 6 de la *Loi*, le ministre doit préparer les états financiers vérifiés du régime et y faire état séparément des dépenses se rapportant aux services hospitaliers, aux soins médicaux ainsi qu'aux autres services de santé. Le ministre est également tenu de faire préparer un rapport annuel qui doit comprendre les états financiers vérifiés, et il doit déposer une copie du rapport annuel à l'Assemblée législative dans les 15 premiers jours de séance de celle-ci, suivant sa réception. Si l'Assemblée ne siège pas, le rapport doit être déposé dans les 15 jours suivant le début de la session suivante.

1.3 Vérification des comptes

L'article 7 de la *Loi* exige que le Bureau du vérificateur général du Manitoba (ou un autre vérificateur désigné par le Bureau du vérificateur général du Manitoba) fasse une vérification annuelle des comptes du régime et prépare un rapport à l'intention du ministre. Le plus récent rapport au ministre, que le public peut consulter, vise l'exercice 2005-2006 et fait partie du Rapport annuel 2005-2006 de Santé Manitoba. Il sera aussi sur le site Web de la province vers la fin d'octobre 2006.

2.0 Intégralité

2.1 Services hospitaliers assurés

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

Au 31 mars 2006, 98 établissements fournissaient des services hospitaliers assurés aux malades hospitalisés et aux malades externes au Manitoba, dont un centre psychiatrique provincial. Les hôpitaux sont désignés par le *Règlement sur la désignation des hôpitaux* (R.M. 47/93) en vertu de la *Loi*.

Les services spécifiés par le *Règlement* comme étant des services hospitaliers assurés fournis aux malades hospitalisés et aux malades externes comprennent 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 ordinaires; l'utilisation des salles d'opération, des salles d'observation et des installations d'anesthésie; et l'utilisation des installations de radiothérapie, de physiothérapie, d'ergothérapie et d'orthophonie, là où elles existent.

L'inscription de nouveaux services sur la liste des services hospitaliers disponibles se fait toujours dans le cadre du processus de planification en matière de santé.

Les Manitobains ont des attentes très élevées 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 avancées 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*.

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*. Au 31 mars 2006, 2 169 médecins étaient inscrits au registre de Santé Manitoba. Ce chiffre provient des statistiques mensuelles sur le nombre de médecins inscrits au registre et comprend tous les médecins inscrits au registre de Santé Manitoba, sans égard au revenu produit.

Un médecin peut, sur présentation d'un préavis écrit au ministre, choisir de percevoir des honoraires auprès d'une autre personne que le ministre pour les soins fournis aux assurés, conformément à l'article 91 de la *Loi* et de l'article 5 du *Règlement sur l'assurance relative aux soins médicaux*. La décision de 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 ne pas participer au 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 fournis par un médecin à un assuré qui sont nécessaires du point de vue médical 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 2005-2006, un certain nombre de nouveaux services assurés ont été ajoutés au barème d'honoraires révisé.

Pour faire inscrire un service médical à la liste des services assurés par Santé Manitoba, les médecins doivent présenter une proposition à leur section de l'Association médicale du Manitoba. L'Association médicale négocie ensuite avec Santé Manitoba, 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* (Règlement 48/93) pris en application de la *Loi*. Ces services sont assurés lorsqu'ils sont fournis par un chirurgien bucco-dentaire et maxillofacial ou un dentiste autorisé à exercer dans un hôpital, et qu'il est nécessaire d'hospitaliser le patient pour accomplir l'acte correctement. Ce *Règlement* prévoit également des prestations relativement au coût des services d'orthodontie assurés dans les cas de 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 ou un dentiste titulaire d'une licence. Au 31 mars 2006, 600 dentistes étaient inscrits auprès de Santé Manitoba; toutefois, seulement 115 dentistes ont été rémunérés pour avoir fourni des services dentaires.

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*. Au 31 mars 2006, aucun fournisseur de services dentaires n'avait fait le choix de ne pas participer au régime.

Pour faire inscrire un service dentaire sur la liste des services assurés, le dentiste doit soumettre une proposition à la Manitoba Dental Association (MDA). La MDA négociera les honoraires avec Santé Manitoba.

2.4 Services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

Le *Règlement sur les services exclus* (R.M. 46/93), pris en application de la *Loi*, 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 législation; la fécondation in vitro; l'enlèvement de tatouages; l'ajustement de lentilles cornéennes; le rétablissement de la fécondité; et la psychanalyse.

Le *Règlement sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des hôpitaux* stipule que les services en hôpital 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 de la santé et de la sécurité au travail, n'ont pas accès en priorité aux services en versant un supplément. Le Manitoba n'a aucun processus officiel pour surveiller la conformité; toutefois, les commentaires des médecins, des administrateurs d'hôpitaux, des professionnels de la santé et du personnel permettent aux offices régionaux de la santé et à Santé Manitoba de se tenir au courant des préoccupations relatives à l'usage et aux services.

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 2005-2006, aucun service n'a été supprimé de la liste des services assurés par Santé Manitoba.

3.0 Universalité

3.1 Admissibilité au régime

La *Loi sur l'assurance-maladie* définit 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 personnellement présente au moins six mois par année civile. Cette définition vise également toute autre personne assimilée à un 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 missionnaire, 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 résidents.

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*,

ou par toute autre loi d'une autre autorité législative [*Règlement sur les services exclus 2(2)*]. Les résidents exclus aux termes de ce paragraphe sont les membres des Forces canadiennes ou de la Gendarmerie royale du Canada et les détenus d'un pénitencier fédéral. Les résidents libérés des Forces armées 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.

3.2 Exigences relatives à l'inscription au régime

Pour les besoins de la délivrance des cartes d'assurance maladie, les personnes doivent aviser Santé Manitoba qu'elles sont légalement autorisées à être au Canada et qu'elles ont l'intention d'habiter au Manitoba pendant six mois. Elles doivent aussi fournir une adresse de résidence principale dans la province. À la réception de ces renseignements, Santé Manitoba 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 pour régler toutes les demandes de remboursement des soins médicaux pour cette personne et ses personnes à charges désignées. Un numéro d'identification personnelle de santé (NIPS) de neuf chiffres est utilisé pour le paiement de tous les services hospitaliers et par le régime provincial de médicaments.

Au 31 mars 2006, il y avait 1 173 815 résidents inscrits au régime.

Le régime d'assurance maladie du Manitoba ne prévoit aucune possibilité de retrait pour les résidents.

3.3 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 réellement présents au Manitoba et être légalement autorisés à demeurer au Canada pour avoir droit à l'assurance de Santé Manitoba.

Au 31 mars 2006, 4 475 titulaires d'un permis de travail étaient couverts par le Régime d'assurance maladie du Manitoba.

La définition de « résident », de la *Loi sur l'assurance maladie*, autorise le ministre de la Santé ou son mandataire désigné à rendre admissible à la couverture les titulaires de permis ministériels délivrés aux termes de la *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés* (Canada). Aucune modification législative se répercutant sur l'universalité n'a été apportée à la *Loi* ou aux règlements au cours de l'exercice 2005-2006.

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 au cours d'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 tout établissement d'enseignement reconnu. Une deuxième disposition stipule qu'ils doivent avoir l'intention de revenir 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 le régime manitobain pendant une

période pouvant aller jusqu'à 24 mois consécutifs. Ces personnes doivent retourner au Manitoba et y résider à la fin de leur congé.

Le Manitoba a 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 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 nécessaires sur le plan médical 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 règlera selon les taux en vigueur dans la province d'accueil.

En 2005-2006, Santé Manitoba a versé des paiements totalisant environ 23,7 millions de dollars pour les services hospitaliers et 8,7 millions de dollars pour des soins médicaux fournis au Canada.

4.3 Couverture au cours d'absences temporaires à l'étranger

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 le régime manitobain pendant une période d'au plus 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 pour une période d'au plus 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 pour une période d'au plus 24 mois consécutifs. Ces personnes doivent également revenir au Manitoba et y résider à la fin de leur congé.

Pour chacune de ces catégories, l'assurance est assujettie aux montants indiqués dans le *Règlement sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des hôpitaux* (R.M. 48/93). Les services hospitaliers reçus à l'extérieur du Canada par suite d'une urgence ou d'une maladie subite pendant une absence temporaire sont payés comme suit :

Les soins en hôpital sont payés selon un taux quotidien fondé sur le nombre de lits de l'établissement :

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

Les soins en consultation externe sont payés selon le taux fixe de 100 \$ la consultation, ou de 215 \$ la séance d'hémodialyse.

Étant donné la diversité des hôpitaux retrouvée 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 précisant qu'ils ont besoin d'un service donné et médicalement nécessaire. 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*).

Pendant l'exercice 2005-2006, Santé Manitoba a versé des paiements totalisant environ 3 410 500 \$ pour les soins hospitaliers fournis dans des hôpitaux situés à l'étranger. Il a en outre effectué des paiements totalisant environ 1 074 000 \$ pour les soins médicaux offerts à l'étranger.

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 à recevoir 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 se répercutant sur la transférabilité n'a été apportée à la Loi ou aux règlements au cours de l'exercice 2005-2006.

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 de chirurgie ne puisse effectuer d'interventions nécessitant un séjour de plus de 24 heures et fonctionner ainsi comme une clinique privée.

Le 10 février 2004, le Manitoba a inauguré officiellement le centre d'appels HealthLinks/Info Santé, qui venait d'être agrandi. Ce centre à l'avant-garde de la technologie compte 35 stations et peut traiter 300 000 appels par année.

Les Manitobains peuvent maintenant avoir de l'information essentielle sur la santé et recevoir de l'aide, en 120 langues, 24 heures sur 24 et sept jours sur sept.

La demande pour les services de Health Links/Info Santé augmente régulièrement depuis la création, en 1994, de ce centre qui ne comptait alors que six stations. Les Manitobains apprécient en effet ce service. En leur offrant cette source d'information, on allège la tâche dans d'autres secteurs du système, notamment les urgences.

L'enveloppe multigouvernementale du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires a fourni du financement pour la mise en œuvre d'un programme destiné aux patients souffrant d'insuffisance cardiaque congestive. Depuis novembre 2004, on évalue dans le cadre de cette initiative de 17 mois les avantages du recours aux lignes info-santé pour la prise en charge des personnes atteintes de maladie chronique.

5.2 Accès aux services hospitaliers assurés

Tous les Manitobains ont accès aux services hospitaliers, dont les soins actifs, les traitements psychiatriques de longue durée, les soins de santé mentale, les soins palliatifs, les soins aux malades chroniques et l'évaluation des besoins à long terme/la réadaptation, 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.

L'effectif infirmier a connu une forte croissance à Winnipeg, mais a augmenté de façon plus graduelle en milieu rural et dans le Nord. Cette croissance est surtout attribuable aux investissements consentis dans la formation. Ainsi, les places dans les programmes de soins infirmiers continuent d'être toutes occupées. Le Fonds pour le recrutement du personnel infirmier et le maintien des effectifs a aussi grandement contribué à accroître l'effectif d'infirmières au Manitoba. La plus récente initiative du Fonds est le programme de subventions conditionnelles mis en œuvre en juillet 2004 pour encourager les nouvelles diplômées à travailler en milieu

rural et dans le Nord du Manitoba (soit à l'extérieur de Winnipeg et de Brandon).

Le Manitoba compte également sur une vaste gamme d'autres professionnels de la santé. La pénurie de professionnels subsiste dans certains domaines faisant appel à la technologie, surtout dans les régions rurales et le Nord de la province. Dans certains domaines comme la radiologie médicale, la technologie de laboratoire médical et l'échographie, le manque de personnel demeure une source de préoccupations, mais l'augmentation récente des possibilités de formation devrait avoir des résultats positifs bientôt.

Le Manitoba dispose de sept appareils d'imagerie par résonance magnétique (IRM), dont six servent aux examens cliniques. Le premier a été installé en 1990 par la Fondation pour la recherche et l'Hôpital Saint-Boniface. À Winnipeg, il y a trois appareils d'IRM, dont un à l'Hôpital général de Saint-Boniface et deux au Centre des sciences de la santé. Un des appareils est utilisé dans le cadre d'une initiative concertée avec le Conseil national de recherches (CNR). Le sixième a été inauguré au Centre de santé de Brandon en juin 2004. C'était le seul à l'extérieur de Winnipeg. Le septième et plus récent appareil d'IRM a été mis en service à la Clinique Pan AM le 21 novembre 2005.

Le Manitoba compte 17 tomodensitomètres : trois au Centre des sciences de la santé (dont un pour la pédiatrie), deux à l'Hôpital général de Saint-Boniface, un à chacun des établissements suivants : Victoria General Hospital, Centre de santé Misericordia, hôpitaux Seven Oaks, Grace et Concordia (tous à Winnipeg), Centre de santé régional de Dauphin, Hôpital général de Thompson, Centre de santé de Brandon, Centre de santé de Boundary Trails, Hôpital Bethesda, The Pas Hospital et Centre de santé régional de Selkirk (dans le reste de la province). En outre, la planification en vue de l'installation d'un appareil à l'Hôpital général du district de Portage est en cours. À Brandon, on est train de faire l'acquisition d'un tomodensitomètre à 64 coupes, et à Dauphin, d'un appareil à 16 coupes.

Il y a également 67 échographes dans les établissements de santé de Winnipeg, et 22 dans les régions rurales et du Nord. Les hôpitaux Concordia et Seven Oaks étudient présentement des propositions pour se doter d'un nouvel échographe chacun de leur côté. Bethesda est également en train d'en acheter un. Santé Manitoba finance l'ostéo-

densitométrie, pratiquée à l'aide de deux appareils, un à Winnipeg et un à Brandon.

En novembre 2004 de nouveaux programmes communautaires pour le cancer ont été établis à Deloraine et Pinawa. Menés conjointement avec Action cancer Manitoba, ils offrent des services de prévention, de dépistage précoce, de diagnostic et de traitement, et de réadaptation. Les professionnels de la santé ont reçu une formation en oncologie, notamment sur la préparation et l'administration des traitements de chimiothérapie.

Le Centre de traitement des maladies de la prostate est entré en service en octobre 2004. Il est situé au 3^e étage du nouvel édifice d'Action cancer, au 675, avenue McDermott. Les Manitobains y ont accès à des services diversifiés, comme l'évaluation clinique, la prestation de renseignements utiles à la prise de décisions, l'orientation vers des groupes d'entraide et de l'information au sujet de la recherche sur les maladies de la prostate.

Des fonds destinés à réduire les temps d'attente ont permis de pratiquer un plus grand nombre d'arthroplasties du genou et de la hanche à plusieurs établissements de Winnipeg, au Centre de santé régional de Brandon et au Centre de santé de Boundary Trails. Des cliniques de réadaptation ont également été établies à Winnipeg, à Brandon et à Boundary Trails pour le soin des patients qui attendent de subir une opération pour le remplacement du genou ou de la hanche.

Des opérations de la cataracte pour réduire les listes d'attente ont été ajoutées à la Clinique Pan AM de Winnipeg et au Centre de santé régional de Brandon.

En mars 2005, des mesures ont été prises pour accroître les services de chirurgie dentaire pédiatriques au Centre de santé Misericordia et ainsi réduire le temps d'attente. En plus, 200 chirurgies ont été ajoutées à l'Hôpital général de Thompson au début d'août 2005.

Le manque d'anesthésiologistes et le manque d'espace ont eu des répercussions sur les services dispensés à la clinique antidouleur du Centre des sciences de la santé. Les rénovations visant à agrandir la clinique et à accroître la capacité ont été terminées en 2005. La clinique antidouleur du Centre des sciences de la santé a recruté deux médecins en réadaptation gériatrique (psychiatres) et un psychologue, qui font partie de l'équipe multidisciplinaire chargée de traiter les patients.

Le Groupe de travail sur les soins d'urgence de l'Office régional de la santé de Winnipeg a mis fin à ses activités en janvier 2006. Il avait été créé en janvier 2004. Pendant les deux années où il a été actif, il a élaboré un total de 46 recommandations pour améliorer à court et à long terme les soins d'urgence à Winnipeg, et défini des plans de mise en œuvre. Alors que certaines recommandations ont été adoptées intégralement, le travail se poursuit pour d'autres, car nombre de recommandations touchent des aspects systémiques. Des capacités diagnostiques accrues, une meilleure formation du personnel de salle d'urgence, le réaménagement des aires physiques et un meilleur soutien en matière de TI font l'objet des principales recommandations.

Le Groupe de travail sur les temps d'attente a été établi en 2006 pour améliorer l'accès à des soins de qualité et réduire les temps d'attente. La stratégie de réduction des temps d'attente vise cinq domaines prioritaires déterminés par les premiers ministres dans leur plan décennal pour renforcer les soins de santé, qui sont les suivants : cancer, cardiologie, imagerie diagnostique, arthroplastie et restauration de la vue. En plus, le Manitoba cible quatre autres domaines prioritaires, qui sont les suivants : chirurgie dentaire pédiatrique, programmes de santé mentale, prise en charge de la douleur et traitement des troubles du sommeil.

Un plan a été établi, de concert avec les praticiens et les parties prenantes, pour augmenter le nombre d'interventions chirurgicales et d'actes médicaux, investir dans les ressources humaines, la technologie et les équipements, et mettre à la disposition des offices régionaux de la santé de nouveaux outils et de nouvelles ressources pour la gestion des listes d'attente.

Le Groupe de travail sur les temps d'attente a formé le *Manitoba Patient Access Network*, qui a pour tâche de créer de nouvelles approches pour la navigation des patients dans le système grâce à une meilleure intégration et à une meilleure coordination du système, d'améliorer l'accès des patients aux services, et d'assurer la durabilité des initiatives.

5.3 Accès aux soins médicaux et de chirurgie dentaire

En 2005-2006, Santé Manitoba a continué d'appuyer des initiatives axées sur l'amélioration de l'accès aux soins médicaux dans les régions rurales et du Nord de la province, dont un processus concerté, mis en œuvre à l'automne 2005, pour aider les offices régionaux de la santé à recruter des médecins formés à l'étranger. Ce processus concerté, administré par le *Physician Resource Coordination Office* (PRCO), permettra d'éviter les chevauchements et fera connaître aux candidats médecins les perspectives de travail au Manitoba.

La province appuie nombre d'initiatives visant à recruter des médecins et à les garder en poste. Une de ces initiatives aide les diplômés à l'étranger qui satisfont aux exigences à joindre les rangs des médecins exerçant au Canada. Ces diplômés peuvent ainsi obtenir un permis d'exercice de la médecine assorti de conditions, dont celle de travailler sur le territoire d'un office régional de la santé en milieu rural. Une autre initiative a pour but de faciliter l'évaluation des médecins qui exerceront dans une spécialité seulement. Ce programme permet d'organiser et de faciliter des évaluations cliniques pour 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 nombre de médecins inscrits au tableau du Collège des médecins et chirurgiens du Manitoba continue d'augmenter. Le Manitoba a continué d'accorder aux étudiants et aux résidents une aide financière, instituée en 2001, visant à encourager les diplômés à demeurer dans cette province pour y exercer leur profession. En échange de l'aide financière reçue, l'étudiant ou le résident accepte de travailler au Manitoba pendant une période de temps donnée lorsqu'il aura obtenu son diplôme. En 2005, l'option d'aide à l'établissement du Programme d'aide financière aux étudiants et résidents en médecine a été améliorée de manière à offrir deux subventions de 50 000 \$ chacune aux médecins qui suivent une nouvelle formation dans une spécialité où il existe un besoin critique dans la province, comme la médecine d'urgence ou l'anesthésie. En plus, cinq subventions de 15 000 \$ chacune ont été mises à la disposition des médecins

de famille qui travaillaient en milieu urbain, et cinq subventions de 25 000 \$ chacune à des médecins de famille établis dans une région rurale ou dans le nord de la province, sous réserve de certains critères d'admissibilité. Depuis 2001 et encore en 2006, le Manitoba appuie l'augmentation du nombre d'étudiants en médecine, si bien que le nombre d'inscriptions en première année cet automne a atteint 101.

Le réseau de télésanté du Manitoba, sous le leadership de l'Office régional de la santé de Winnipeg, a instauré l'infrastructure permettant de relier 23 sites de télésanté 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 inconvéniens associés aux voyages entre le Nord de la province et Winnipeg. En septembre 2002, Santé Manitoba a lancé le nouveau site de télésanté du Manitoba à l'Hôpital général de Saint-Boniface, qui relie officiellement les spécialistes aux patients et à leurs collègues à l'échelle de la province.

5.4 Rémunération des médecins et des dentistes

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

La *Loi sur l'assurance-maladie* régit la rémunération des médecins pour les services assurés. Aucune modification ayant trait à la rémunération des médecins n'a été apportée à la *Loi sur l'assurance-maladie* en 2005-2006.

Le paiement à l'acte reste le plus courant. Toutefois, les autres modes de paiement représentent une part importante de la rémunération totale des médecins du Manitoba. Chez les médecins rémunérés autrement, il y a les salariés (dans une relation employeur-employé) et les travailleurs autonomes à contrat. Le Manitoba associe également divers modes de paiement pour combler les écarts en ce qui concerne les honoraires des médecins payés à l'acte dont le revenu n'est pas concurrentiel, mais dont les services demeurent essentiels. En outre, les médecins peuvent recevoir les paiements à la vacation pour dispenser des soins médicaux, de même que des allocations lorsqu'ils sont de garde.

En règle générale, les représentants de l'Association médicale du Manitoba et de Santé Manitoba négocient un accord concernant la rémunération des médecins.

L'entente du 27 juin 2005 reconduit les modalités de l'accord d'arbitrage du 2 juin 2002 (subséquentement enchâssé dans l'accord entre l'AMM et le Manitoba pour 2003-2005), soit :

- la continuation d'un fonds pour le maintien en poste des médecins (cinq millions de dollars par année pendant la durée de l'Accord et de l'accord subséquent);
- le maintien du fonds pour l'assurance responsabilité professionnelle (cinq millions de dollars par année pour les années civiles 2006 à 2011);
- le maintien du fonds destiné à la formation continue en médecine (un million de dollars par année pour les années civiles 2006 à 2011);
- la continuation d'un fonds de prestations de maternité et de congés parentaux (un million de dollars par année pour les années civiles 2005 à 2011);
- la création d'un mécanisme pour entreprendre une procédure d'arbitrage respectivement à un accord subséquent, moyennant l'envoi d'un avis par l'une ou l'autre des parties au plus tard le 1^{er} janvier 2007;
- les médecins visés par l'Accord conviennent de ne pas faire d'arrêt de travail, de ne pas réduire leurs services et de continuer à offrir leurs services sans interruption;
- le maintien de la procédure de règlement des griefs par arbitrage, telle qu'elle est définie dans l'accord conclu entre les parties relativement au paiement à l'acte le 8 mars 1994.

Voici les faits saillants du règlement négocié conclu le 27 juin 2005 :

- une période de validité de trois ans allant du 1^{er} avril 2005 au 31 mars 2008;
- une augmentation générale de 7,5 % (non composé) du barème de prestations applicable au paiement à l'acte, et aux autres modes de rémunération;
- 2,5 % à compter du 1^{er} avril 2005, 2,5 % à compter du 1^{er} avril 2006 et 2,5 % à compter du 1^{er} avril 2007;
- 10 millions de dollars supplémentaires ont été appliqués au barème des prestations grâce à un fonds de consolidation, et 5,5 millions de dollars de plus ont été appliqués au règlement de questions de rémunération à l'acte en suspens grâce au fonds de traitement des questions exceptionnelles;

- 5 millions de dollars de plus ont été appliqués à des contrats prévoyant d'autres modes de rémunération grâce au fonds de consolidation pour les autres modes de rémunération;
- l'extension des prestations parentales et de maternité à tous les médecins du Manitoba, y compris les internes et les résidents;
- une hausse des mesures incitant les omnipraticiens à offrir une gamme complète de soins et à conserver leurs droits hospitaliers;
- des augmentations du tarif applicable aux médecins rémunérés selon un autre mode de rémunération, de l'ordre de 2,5 % au 1^{er} avril 2005, de 2,5 % au 1^{er} avril 2006, et de 2,5 % au 1^{er} avril 2007 (non composé) ont également été appliquées en plus des augmentations prévues pour la rémunération à l'acte.

5.5 Paiements aux hôpitaux

La section 3.1 de la Partie 4 de la *Loi sur les offices régionaux de la santé* renferme les dispositions concernant les accords d'exploitation entre les offices régionaux de la santé et les exploitants 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 de ces dispositions, 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 ou son entreprise, les fonds devant être fournis par l'office 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 ont des hôpitaux dirigés par des personnes morales dans les régions qu'ils desservent. Les offices ont conclu les accords nécessaires avec les personnes morales. Ces accords permettent à un

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 par les offices régionaux de la santé. L'article 23 de la *Loi* exige que les offices 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 de ces offices. Les plans sanitaires doivent être approuvés par le ministre, 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 de l'alinéa 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'assure pas le fonctionnement de l'hôpital, il doit verser l'argent à l'hôpital, en conformité avec tout accord conclu entre lui et la personne chargée du fonctionnement de l'hôpital.

Aucune modification législative se répercutant sur les paiements aux hôpitaux, n'a été apportée à la *Loi* ou aux règlements au cours de l'exercice 2005-2006.

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).

7.0 Services de santé complémentaires

Le Manitoba a mis sur pied des programmes de services communautaires offrant ainsi une solution de rechange satisfaisante aux soins hospitaliers. Ces programmes, décrits ci-après, sont financés par Santé Manitoba, par l'intermédiaire des offices régionaux de la santé.

Foyers de soins personnels

Les services de soins personnels assurés sont fournis conformément au *Règlement sur l'assurance relative aux services de soins personnels et l'administration des foyers de soins personnels* pris en application de la *Loi sur l'assurance-maladie*. En 2005, le *Règlement sur les normes applicables aux foyers de soins personnels* a été pris en application de cette même loi. Il prévoit des normes de sécurité et de qualité des soins auxquelles l'exploitant doit satisfaire pour que le foyer soit agréé. L'agrément des foyers, privés ou non, est délivré par Santé Manitoba. Les résidents de ces foyers payent des frais d'hébergement, tandis que Santé Manitoba couvre les frais à l'égard des soins, par l'intermédiaire des offices régionaux de la santé. En 2005-2006, les dépenses de fonctionnement totales de Santé Manitoba au titre des services de soins personnels se sont chiffrées à 445 588 400 \$. Ce financement a été consacré à la prestation de soins personnels assurés dans un total de 9 830 lits de soins personnels et 190 lits de soins de longue durée répartis entre deux établissements de soins de longue durée, 30 lits de soins palliatifs et 136 lits de réadaptation. Santé Manitoba a de plus investi 13 054 100 \$ dans des projets approuvés d'immobilisations, de technologie de l'information, d'accroissement de la sûreté et de la sécurité et d'équipement.

Services de soins à domicile

Le programme de soins à domicile du Manitoba est le plus ancien programme provincial complet du genre au Canada. Accessible à tous, il a pour but : de fournir des services de santé communautaires efficaces, fiables et adaptés, favorisant l'autonomie de la personne; d'élaborer

des options quant aux moyens d'assurer le maintien dans la communauté; de faciliter l'admission en établissement quand le maintien à domicile n'est plus possible. Les services de soins à domicile sont offerts par les bureaux locaux des offices régionaux de la santé. Ils sont diversifiés, et fournis sur la base d'une évaluation multidisciplinaire des besoins particuliers. Les coordonnateurs de cas du secteur des soins à domicile font des évaluations et dressent des plans de traitement individuels, prévoyant la gestion des soins par le client ou la famille. Les services offerts sont l'aide aux soins personnels, l'entretien ménager, les soins de santé professionnels, les services de répit pour la famille fournis à domicile, les services de répit en établissement, certaines fournitures et certains appareils, l'accès à des programmes de jour pour les adultes, ou encore l'accès à des services d'aide aux aînés qui assurent la coordination des programmes de bénévoles et de repas collectifs, du transport, des systèmes d'intervention d'urgence et d'autres activités favorisant l'autonomie et le maintien dans la communauté.

Santé mentale et en toxicomanie

Tous les offices régionaux de la santé offrent des services communautaires en santé mentale. Les travailleurs communautaires en santé mentale effectuent des évaluations, planifient les services, offrent des services de consultation à court terme, planifient l'étape de la réadaptation et de la récupération, font des interventions de crise et fournissent des services de consultation et, dans certains cas, d'éducation communautaires. Aux services de ces professionnels s'ajoutent, dans certaines régions, divers programmes d'intervention intensive et de soutien, comme la gestion des cas graves, le soutien en milieu de travail, le logement subventionné et, à Winnipeg, le Programme de suivi intensif dans la communauté et le service de prévention et de traitement précoces de la psychose.

Les services et le soutien en toxicomanie sont fournis par des agences financées par le gouvernement provincial. Ce sont notamment la Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances, la Behavioural Health Foundation, l'Armée du Salut – Anchoage, le Native Addictions Council of Manitoba, Tamarack, le Centre Laurel, Esther House et Addictions Recovery Inc. Ces organismes

s'emploient à réduire les méfaits de l'alcool et des autres drogues. La Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances offre aussi un programme contre le jeu compulsif. Les programmes sont axés sur la sensibilisation, la prévention, la réadaptation et la recherche. En plus des organismes financés par la province, l'Office régional de la santé de Winnipeg finance deux programmes de désintoxication et l'Office régional de la santé de Norman finance un centre de traitement en établissement.

Soins de santé primaires

Une des priorités stratégiques de Santé Manitoba est de s'attaquer au besoin de renouveler les soins de santé primaires. Une stratégie consiste à créer des réseaux intégrés de médecins (RIM). Elle est déployée sous la conduite d'un comité consultatif qui compte des représentants de l'Université du Manitoba, des collègues des infirmières autorisées et des médecins et chirurgiens du Manitoba, de l'Association médicale du Manitoba, des offices régionaux de la santé de Winnipeg et d'Assiniboine, et d'autres intervenants au niveau des soins primaires.

L'initiative des réseaux intégrés de médecins est centrée sur la mobilisation de groupes de médecins rémunérés à l'acte. Ses objectifs sont d'améliorer l'accès aux soins primaires, l'accessibilité et l'utilisation des systèmes d'information par les prestataires de soins primaires, et le milieu de travail pour tous les prestataires de soins primaires, et aussi de démontrer des soins de haute qualité, particulièrement pour la prise en charge des maladies chroniques.

Une équipe ressource pour les RIM a été établie afin de travailler avec quatre centres pilotes au cours de la phase d'élaboration du plan de mise en œuvre. Le projet est censé être opérationnel au début de 2007.

La subvention par habitant du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires du gouvernement fédéral a permis de financer 22 initiatives au Manitoba. Certaines de ces initiatives ont bénéficié d'un financement durable des offices régionaux compétents, tandis que d'autres ont pris fin le 31 mars 2006. Les rapports et les évaluations

finis présentés par les initiatives sont riches en enseignements pour la planification stratégique future et l'amélioration des soins de santé primaires dans la province.

La Direction des soins de santé primaires a participé à une initiative nationale visant à développer les soins collaboratifs multidisciplinaires pour s'attaquer aux problèmes de ressources humaines et aux questions de qualité dans les services materno-infantiles. En partenariat avec Télésanté Manitoba, la Direction des soins de santé primaires a tenu un atelier à l'intention des offices régionaux de la santé pour mettre à l'essai la boîte à outils du projet et en évaluer l'utilité dans le contexte provincial. La mise en œuvre du modèle commence par une analyse de l'environnement et une analyse des écarts. Elle est flexible pour tenir compte des situations dans le Nord et dans les zones rurales et isolées, et elle est conçue de manière à pouvoir débiter avec les ressources actuelles. Des représentants des offices régionaux de la santé ont trouvé le modèle pratique et utile, et ils prévoient travailler avec la Direction des soins de santé primaires pour mettre sur pied des services materno-infantiles collaboratifs.

La pratique des sages-femmes, réglementée en 2000, a maintenant été introduite dans sept offices régionaux de la santé sur onze. En 2003-2004, seulement six offices régionaux employaient des sages-femmes. Les services sont répartis dans toute la province, la moitié étant offerts à l'extérieur de la région de Winnipeg. Les sages-femmes fournissent des soins de santé primaires aux femmes et aux nouveau-nés, pratiquant 5 % des accouchements au Manitoba, en plus d'offrir des consultations gynécologiques. L'orientation donnée par la province privilégie les populations prioritaires (p. ex. les personnes à risque comme les consommateurs d'alcool et de drogues), d'où proviennent plus de 65 % de la clientèle des sages-femmes. Le programme, qui fournit des soins communautaires complets, a permis de réduire considérablement les taux de naissances prématurées et de poids de naissance trop élevés ou trop bas. Le développement des ressources humaines est pris présentement en charge par la création du Programme de formation de sages-femmes autochtones au Collège universitaire du Nord.

Le personnel des soins de santé primaires a participé à un projet d'élaboration d'indicateurs pancanadiens de soins de santé primaires, également financé par le Fonds pour l'adaptation des soins de santé. Le but de ce projet est de créer un ensemble consensuel d'indicateurs en matière de soins de santé primaires permettant de comparer et de mesurer ces soins à de multiples niveaux dans chaque province et territoire au Canada.

Soins de santé ambulatoires

La *Loi sur l'assurance-maladie* renferme une disposition autorisant l'emploi du terme « hôpital » au sens de ce texte pour désigner un centre de soins ambulatoires (soins primaires) administré par une autorité publique sans but lucratif.

Personnes inscrites					
	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006
1. Nombre total de personnes inscrites au 31 mars. ²	1 152 982	1 156 217	1 159 784	1 169 667	1 173 815

Services hospitaliers assurés dans la province ou le territoire					
Établissements publics	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006
2. Quantité :					
a. soins actifs	96	92	92	98 ³	98 ³
b. soins chroniques	3	5	5	3 ⁴	3 ⁴
c. soins de réadaptation	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
e. total	99	97	97	98	98
3. Paiements (\$) :					
a. soins de courte durée	1 046 407 229	1 148 652 940	1 220 253 362	1 400 448 441	1 488 094 835
b. soins chroniques	70 872 152	107 840 132	117 642 127	96 364 992	71 117 677
c. soins de réadaptation	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. autres	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
e. total	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
Établissements privés à but lucratif	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006
4. Quantité :					
a. installations chirurgicales	sans objet	1	1	1	1
b. établissements d'imagerie diagnostique	sans objet	0	0	0	0
c. total	sans objet	1	1	1	1
5. Nombre de services hospitaliers assurés qui sont fournis :					
a. installations chirurgicales	sans objet	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
b. établissements d'imagerie diagnostique	sans objet	0	0	0	0
c. total	sans objet	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
6. Paiements totaux destinés aux (\$) :					
a. installations chirurgicales	sans objet	non disponible	1 252 657	1 290 989	1 305 132
b. établissements d'imagerie diagnostique	sans objet	0	0	0	0
c. total	sans objet	non disponible	1 252 657	1 290 989	1 305 132

- Les informations démographiques sont fondées sur les dossiers des résidents inscrits au Régime d'assurance maladie du Manitoba en juin.
- Les 98 établissements de soins actifs qui présentent des rapports comprennent 22 postes de soins infirmiers et 2 hôpitaux fédéraux.
- Trois établissements de soins actifs ont obtenu un numéro de présentation d'établissement de soins chroniques : Riverview Health Centre, Deer Lodge Centre et Brandon General Hospital.

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire					
	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006
7. Nombre de médecins participants :					
a. omnipraticiens	non disponible	954	959	979	981
b. spécialistes	non disponible	1 010	980	1 008	1 035
c. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. total	non disponible	1 964	1 939	1 987	2 016
8. Nombre de médecins qui ont opté pour le retrait du régime d'assurance-maladie :					
a. omnipraticiens	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
b. spécialistes	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
c. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. total	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
9. Nombre de médecins qui ne participent pas :					
a. omnipraticiens	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
b. spécialistes	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
c. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. total	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
10. Services fournis grâce à <u>toutes les méthodes de paiement</u> :					
a. nombre de services	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
b. paiements totaux	496 268 700	521 611 200	559 271 513	601 240 469	653 290 519
11. Nombre de services offerts grâce au <u>paiement à l'acte</u> :					
a. omnipraticiens	6 244 197	6 161 451	6 224 463	6 185 333	6 365 965
b. spécialistes	9 198 787	9 779 269	10 044 381	10 393 068	11 100 403
c. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. total	15 442 984	15 940 720	16 268 844	16 578 401	17 466 368
12. Versements totaux pour les médecins grâce au <u>paiement à l'acte</u> (\$) :					
a. omnipraticiens	140 703 474	143 846 209	152 393 920	167 728 376	175 463 105
b. spécialistes	214 392 377	221 948 290	232 153 861	248 021 396	267 022 019
c. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. total	355 095 851	365 794 499	384 547 781	415 749 772	442 485 124
13. Quantité de services fournis grâce au <u>paiement à l'acte</u> :					
a. médicaux	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
b. chirurgicaux	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. diagnostics	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. autres	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
e. total	15 442 984	15 940 720	16 268 844	16 578 401	17 466 368
14. Paiements totaux effectués aux médecins grâce au <u>paiement à l'acte</u> (\$) :					
a. médicaux	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
b. chirurgicaux	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. diagnostics	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. autres	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
e. total	355 095 851	365 794 499	384 547 781	415 749 772	442 485 124

Services assurés offerts aux résidents dans une autre province ou un autre territoire					
Hôpitaux	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006
15. Nombre total de demandes, malades hospitalisés.	2 892	2 714	2 928	3 036	2 995
16. Nombre total de demandes, consultations externes.	26 479	26 059	31 100	24 057	29 685
17. Paiements totaux, malades hospitalisés (\$).	11 427 627	12 918 117	16 290 426	15 393 378	19 153 208
18. Paiements totaux, consultations externes (\$).	3 776 489	3 783 059	4 369 889	3 896 789	5 670 133
19. Paiement moyen, malades hospitalisés (\$).	3 951,50	4 759,81	5 563,67	5 070,28	6 395,06
20. Paiement moyen, consultations externes (\$).	142,60	145,17	140,51	161,98	191,01
Médecins	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006
21. Quantité de services.	211 464	212 795	210 294	209 152	228 090
22. Paiements totaux (\$).	7 381 785	7 691 159	7 579 028	8 109 229	8 966 703
23. Paiement moyen par service (\$).	34,900	36,14	36,00	39,00	39,31

Services assurés offerts à l'extérieur du Canada					
Hôpitaux	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006
24. Nombre total de demandes, malades hospitalisés.	557	569	418	540	569
25. Nombre total de demandes, consultations externes.	6 676	6 025	6 069	6 170	6 690
26. Paiements totaux, malades hospitalisés (\$).	2 008 580	1 847 910	1 348 148	1 085 650	1 455 908
27. Paiements totaux, consultations externes (\$).	3 267 764	914 251	1 216 073	1 112 466	1 325 062
28. Paiement moyen, malades hospitalisés (\$).	3 607,40	3 249,89	3 225,00	2 010,00	2 558,71
29. Paiement moyen, consultations externes (\$).	489,00	151,73	200,00	180,00	198,07
Médecins	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006
30. Quantité de services.	6 345	5 826	5 324	5 714	6 138
31. Paiements totaux (\$).	529 029	607 066	519 782	426 937	608 524
32. Paiement moyen par service (\$).	83,40	104,20	98,00	75,00	99,14

Services chirurgicaux et dentaires assurés dans la province ou le territoire					
	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006
33. Nombre de dentistes participants.	non disponible	116	102	114	115
34. Nombre de services fournis.	3 401	3 455	3 498	3 774	3 863
35. Paiements totaux (\$).	677 295	714 590	750 122	875 657	936 091
36. Paiement moyen par service (\$).	199,15	206,83	214,44	232,02	242



Saskatchewan

Introduction

En 2005-2006, Santé Saskatchewan a continué de s'inspirer de *The Action Plan for Saskatchewan Health Care*, plan directeur et vaste plan stratégique pour renforcer le système de soins de santé. Notre vision pour la Saskatchewan demeure inchangée :

« bâtir une province de gens en santé dans des communautés en santé ».

En 2005-2006, Santé Saskatchewan a réalisé d'importants progrès afin d'atteindre ses objectifs, qui sont les suivants :

- l'amélioration de l'accès à des soins de qualité;
- l'efficacité dans la promotion de la santé et la prévention des maladies;
- le maintien en poste, le recrutement et la formation des fournisseurs de soins de santé;
- la qualité, la viabilité, l'efficacité et la reddition de comptes, pour le système de soins de santé.

Les exemples qui suivent illustrent plusieurs importantes réalisations de Santé Saskatchewan au cours de l'exercice financier 2005-2006.

- La Saskatchewan a sensiblement accru sa capacité chirurgicale en 2005-2006, et le nombre de patients en attente de chirurgie a diminué de façon considérable;
- Les régions sanitaires de Regina Qu'Appelle et de Saskatoon ont effectué ensemble quelque 2 000 interventions chirurgicales de plus en 2005-2006. Le nombre de personnes en attente pour être opérées dans ces régions a diminué de près de 1 600 par rapport à l'année précédente.
- Le nombre total de patients sur des listes d'attente pour un examen par IRM a diminué de 35,6 % à l'échelle provinciale depuis mars 2004. Avec la mise en service d'un deuxième appareil d'IRM à Regina, les temps d'attente devraient diminuer encore.

- Une aide financière a été accordée à plus de 500 bourgeois, nouveaux ou non, qui se sont engagés à fournir des services de santé en contrepartie.
- Des nouveaux postes de résidence pour les diplômés en médecine étrangers ont été ajoutés à l'Université de la Saskatchewan pour permettre à un plus grand nombre de ces médecins de travailler dans la province.
- Un rapport exhaustif, *Working Together: Saskatchewan's Health Workforce Action Plan*, a été publié. Il s'agit d'un plan d'action pour améliorer les soins de santé en Saskatchewan en attirant des professionnels de la santé et en les maintenant en poste.
- Le programme d'immunisation a été élargi de manière à ce qu'il comprenne la vaccination gratuite contre la grippe des enfants de 6 à 23 mois.
- La construction d'un nouveau laboratoire provincial a été annoncée; il fera en sorte qu'il soit possible de mieux dépister la maladie, de la prévenir et d'y réagir dans la province.
- Le réseau de télésanté a été étendu et compte maintenant 26 centres dans toute la province. Environ 5 500 habitants et prestataires de services de la Saskatchewan en profitent chaque année.

En août 2005, le premier ministre Lorne Calvert a annoncé le lancement du *Premier's Project Hope*, plan détaillé et intégré pour prévenir l'alcoolisme et la toxicomanie en Saskatchewan. Le financement pour 2005-2006 comprenait un investissement de 10 millions de dollars de fonds nouveaux annuellement, en plus d'une augmentation de 4,7 millions de dollars du budget de 2005-2006 pour les programmes de lutte contre les toxicomanies. En tout, le financement des programmes de prévention et de traitement de l'alcoolisme et des autres toxicomanies a donc augmenté de 60 %.

La Saskatchewan a également réalisé d'intéressants progrès du côté du dossier électronique de santé, réussissant à obtenir des fonds d'Inforoute Santé du Canada Inc. pour lancer un certain nombre de nouveaux projets importants comme le Programme d'information pharmaceutique (PIP). Nous continuerons de travailler étroitement avec nos partenaires dans la prestation des soins de santé pour introduire des technologies innovatrices et améliorer la santé de nos citoyens. Le programme du dossier électronique de santé garantira que les travailleurs de la santé de première ligne autorisés ont accès à l'information dont ils ont besoin, ce qui aura pour effet d'améliorer la qualité,

l'accessibilité et l'efficacité des services de santé dans toute la province à l'avenir.

Santé Saskatchewan et le système de soins de santé offrent une vaste gamme de services par un système de prestation complexe dont font partie les autorités régionales de la santé, la *Saskatchewan Cancer Agency*, des organisations de soins de santé affiliées et une gamme de professionnels, dont bon nombre sont en exercice privé. Les exemples d'activités suivants illustrent la gamme et le nombre de services fournis :

- 128 700 patients sont hospitalisés chaque année, ou 2 100 patients occupent des lits d'hôpital (de soins actifs, de soins psychiatriques et de réadaptation) chaque jour;
- 93 700 interventions chirurgicales et actes ambulatoires choisis (p. ex. endoscopies et biopsies) sont pratiqués chaque année, soit 257 par jour;
- 4,6 millions de consultations ont lieu chaque année, soit 12 600 consultations de médecins de famille par jour;
- 2 500 consultations de spécialistes ont lieu chaque jour;
- 400 000 immunisations par année sont pratiquées;
- Plus de 40 000 mammographies sont effectuées chaque année.

Le système de santé emploie plus de 37 000 personnes, comprend 26 professions autoréglées et administre 269 établissements de santé.

1.0 Gestion publique

1.1 Régime d'assurance-maladie 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;
- accorder des octrois ou des subventions à tout organisme de santé, selon que le ministre le juge nécessaire;
- accorder des octrois ou 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-maladie pour les habitants de la province. La *Regional Health Services Act* porte création des 12 régies régionales de la santé, en remplacement des 32 conseils de district de santé.

Les articles 5 et 11 de la *Cancer Foundation Act* portent 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 2005-2006 sont définis dans la *Department of Health Act*, la *Regional Health Services Act* et la *Cancer Foundation 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 du *Medical Care Insurance Act*, le ministre de la Santé doit soumettre un rapport annuel sur le régime d'assurance-maladie 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 jeu complet d'états financiers vérifiés.

Aux termes de l'article 54 de la *Regional Health Services Act*, les autorités régionales doivent soumettre au ministre tout rapport que celui-ci pourrait leur demander. Elles doivent aussi soumettre un plan financier et un plan d'action sur les services de santé au ministère de la Santé de la Saskatchewan.

La *Cancer Foundation Act* prévoit que cet organisme doit soumettre au ministre, au cours de l'exercice financier, un rapport sur ses activités et un état financier de l'exercice précédent.

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 du Ministère aux régies régionales de la santé, à la Saskatchewan Cancer Agency ainsi qu'aux médecins et aux chirurgiens-dentistes pour les services médicaux et de chirurgie dentaire assurés sont visés par cette vérification.

L'article 57 de la *Regional Health Services Act* stipule qu'un vérificateur indépendant, possédant les compétences requises et nommé à cette fin par la régie régionale de la santé, doit vérifier au moins une fois par exercice les comptes d'une régie régionale de la santé. Chaque régie doit 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 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 2006.

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 instances ou les consulter sur leurs sites Web.

Le Bureau du vérificateur provincial prépare également des rapports à l'intention de l'Assemblée législative de la Saskatchewan. Ces rapports sont censés aider le gouvernement à gérer les ressources publiques et améliorer l'information fournie à l'Assemblée législative. Ils sont accessibles sur le site Web du vérificateur provincial.

2.0 Intégralités

2.1 Services hospitaliers assurés

La *Regional Health Services Act* (la *Loi*), adoptée le 1^{er} août 2002 en remplacement de la *Health Districts Act*, regroupe les 32 districts de santé d'alors en 12 régies régionales de la santé. De plus, aux termes de l'article 8 de 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 50-51), 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 autorités sanitaires régionales.

En date du 31 mars 2006, les établissements suivants fournissaient des services hospitaliers assurés à des malades hospitalisés et externes :

- soixante-six établissements fournissaient des soins actifs;
- un hôpital de réadaptation fournissait des soins destinés au traitement, au rétablissement et à la réadaptation de personnes invalides à la suite d'une blessure ou d'une maladie – et une unité de réadaptation gériatrique d'un centre hospitalier de soins actifs ainsi que deux établissements de soins spécialisés offraient également des soins de réadaptation.

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, substances biologiques et préparations connexes administrés à l'hôpital; et les services fournis par les personnes rémunérées à cet effet par l'hôpital.

Le document *The Action Plan for Saskatchewan Health Care* a établi de nouvelles catégories d'hôpitaux et exposé un ensemble normalisé de services qui devaient être offerts dans chacun de ceux-ci. Ces catégories sont les suivantes : communautaire, du Nord, de district, régional et provincial.

Selon le plan d'action, la prestation de services doit être caractérisée par la fiabilité et la prévisibilité, pour que la population sache à quoi s'attendre en tout temps. Les types de services peuvent toutefois varier d'un hôpital à l'autre, ce qu'on entend par fiabilité et prévisibilité étant que :

- 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.

Ce cadre de prestation fera en sorte que la population pourra s'attendre à recevoir des soins hospitaliers de qualité et orientera les décisions en matière d'attribution de nouveaux crédits.

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-maladie est un processus qui comporte un examen approfondi prenant en compte des facteurs comme les besoins, le volume anticipé, les résultats cliniques par rapport à ceux d'autres services, le coût ainsi que les besoins en ressources humaines, sans oublier dans ce dernier cas, la disponibilité

et les exigences en matière d'assurance initiale et continue de la compétence. Ce processus est entrepris à l'instigation des régies régionales de la santé. Selon le service qu'on veut ajouter, il peut comporter une consultation de directions générales de Santé 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* autorisent le ministre de la Santé à établir et à administrer un régime d'assurance-maladie pour les habitants de la province. En avril et en octobre 2005, des modifications ont été apportées à la *Physician Payment Schedule des Medical Care Insurance Payment Regulations* de 1994, conformément à l'entente prise avec la Saskatchewan Medical Association. Ces modifications autorisent l'ajout de services médicaux assurés, des changements aux niveaux de paiement pour certains services et la révision des règles de définition ou d'évaluation pour certains services à forte incidence monétaire. On peut en prendre connaissance dans le *Physician's Newsletter*, aux adresses suivantes :

- www.health.gov.sk.ca/ic_pub_2005oct1_pps.html (numéro d'octobre);
- www.health.gov.sk.ca/ic_pub_2005apr1_pps.html (numéro d'avril).

Le rapport statistique annuel de la Saskatchewan Health Medical Services Branch pour 2005-2006 se trouve sur le site Web suivant : www.health.gov.sk.ca/mc_publications.html.

En Saskatchewan, les médecins peuvent fournir des services médicaux assurés s'ils détiennent un permis d'exercice décerné par le College of Physicians and Surgeons of Saskatchewan et consentent à accepter le paiement du ministère de la Santé pour les services assurés, sans imposer de surfacturation.

En date du 31 mars 2006, 1 719 médecins étaient autorisés à exercer la médecine dans la province et à participer au régime d'assurance-maladie.

Un médecin peut se retirer du régime d'assurance-maladie 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 2006, il n'y avait aucun médecin « désengagé » en Saskatchewan.

Les services médicaux assurés sont les services médicalement nécessaires fournis par un médecin et couverts par le régime d'assurance-maladie du ministère de la Santé. Ils figurent au guide des tarifs des actes médicaux des *Medical Care Insurance Payment Regulations*, un règlement de la *Medical Care Insurance Act* de 1994.

En date du 31 mars 2006, il y avait environ 3 100 services médicaux assurés.

Il y a un processus de discussion officielle entre le Medical Services Plan 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 du Physician Payment Schedule, ce dernier fait l'objet d'une modification réglementaire.

Tout membre du public peut recommander l'ajout d'un service médical au régime de services médicaux, même en l'absence de consultation publique officielle à ce sujet.

2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

Les dentistes inscrits au tableau du College of Dental Surgeons (collège des chirurgiens-dentistes) de la Saskatchewan et désignés par cet organisme comme spécialistes aptes à accomplir des actes de chirurgie dentaire peuvent offrir des services de chirurgie dentaire assurés par le régime de soins médicaux. En date du 31 mars 2006, 78 spécialistes dentaires offraient de tels services.

Les modifications d'avril 2003 au Payment Schedule for Insured Services Provided by a Dentist (tarifs d'honoraires pour les services assurés fournis par un dentiste) de la Medical Insurance Branch de la Saskatchewan ont permis de modifier les niveaux de paiements de certains services.

Un dentiste peut se retirer du régime d'assurance-maladie 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 2006, il n'y avait aucun dentiste « désengagé » 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-maladie à la suite d'un processus de discussion et de consultation avec les chirurgiens-dentistes de la province. Le directeur administratif de la Medical Services Branch gère le processus d'ajout d'un nouveau service.

Tout membre du public peut recommander l'ajout de services de chirurgie dentaire au régime de services médicaux, 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 le médecin; les services de physiothérapie et d'ergothérapie qui ne sont pas fournis par une régie 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 Santé Saskatchewan; la chirurgie non urgente de la cataracte, l'IRM et l'ostéodensitométrie à l'extérieur de la Saskatchewan qui n'ont 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 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 en fonction d'un besoin clinique évalué. La surveillance de la conformité se fait par voie de consultation des autorités sanitaires régionales, 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 autorités sanitaires régionales, des médecins et des dentistes.

Le gouvernement peut désassurer des services hospitaliers si 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.

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.

Des services médicaux peuvent également être désassurés si on juge qu'ils ne sont pas médicalement nécessaires. De telles décisions sont prises par voie de consultation de la Saskatchewan Medical Association, et le processus est géré par le directeur administratif de la Medical Services Branch.

S'il y a lieu, des consultations publiques officielles peuvent être tenues si on envisage de désassurer des services hospitaliers, médicaux ou de chirurgie dentaire.

Aucun service de santé n'a été désassuré en 2005-2006.

3.0 Universalité

3.1 Admissibilité au régime

La *Saskatchewan Medical Care Insurance Act* (articles 2 et 12) et les *Medical Care Insurance Beneficiary and Administration Regulations* (règlements sur les bénéficiaires et l'administration du régime d'assurance-maladie) définissent l'admissibilité aux services de santé assurés en Saskatchewan. Aux termes de l'article 11 (devoir d'inscription) de cette loi, tous les habitants de la province doivent s'inscrire au régime de soins de santé. L'amende maximale prévue à cet article pour quiconque présente de faux renseignements ou omet de présenter des renseignements nécessaires à l'inscription d'une personne peut atteindre 50 000 \$.

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 :

- les membres des Forces canadiennes et de la Gendarmerie royale du Canada (GRC), les détenus sous responsabilité fédérale et les demandeurs du statut de réfugié, les personnes en visite dans la province; et
- 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 libération;
- les détenus sous responsabilité fédérale qui sont libérés (qui ont purgé leur sentence ou qui ont obtenu une libération conditionnelle et vivent dans la communauté);
- les demandeurs du statut de réfugié qui viennent d'obtenir le statut de réfugié au sens de la Convention (documents de l'immigration exigés).

3.2 Exigences relatives à l'inscription au régime

Le processus d'inscription suivant est utilisé pour émettre une carte d'assurance-maladie et prouver l'admissibilité d'une personne aux services de santé assurés :

- tous les habitants de la province (sauf les enfants à charge de moins de 18 ans) doivent s'inscrire;
- l'inscription doit se faire immédiatement après avoir établi domicile en Saskatchewan;
- l'inscription se fait en personne à Regina, ou par la poste;
- chaque personne admissible inscrite reçoit une carte en plastique donnant droit aux services de santé et

portant un numéro d'assurance-maladie unique à neuf chiffres;

- les cartes sont renouvelées tous les trois ans (les cartes délivrées cette année viennent à échéance en décembre 2008).

Toutes les inscriptions sont familiales. Les parents et les tuteurs peuvent inscrire les enfants à charge de moins de 18 ans de leur unité familiale. Les enfants de 18 ans et plus vivant au domicile de leurs parents ou ailleurs doivent s'inscrire eux-mêmes.

En date du 30 juin 2005, 1 021 080 personnes étaient inscrites en Saskatchewan.

3.3 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 de séjour pour étudiants ou d'un permis du ministre délivré par Citoyenneté et Immigration Canada. Leur 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, en d'autres termes, sont des immigrants reçus.

En date du 30 juin 2005, 5 439 résidents temporaires étaient inscrits au régime de Santé Saskatchewan.

4.0 Transférabilité

4.1 Délai minimal de résidence

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 et 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 des *Medical Care Insurance Beneficiary and Administration Regulations* définit les règles de transférabilité de l'assurance-maladie pour les habitants de la Saskatchewan durant les absences temporaires au Canada. Cette disposition n'a pas été modifiée en 2005-2006.

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.

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 des *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.

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 *Physician Payment Schedule*. 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.

En 2005-2006, les dépenses en services assurés fournis ailleurs au Canada s'élevaient à 20,54 millions de dollars pour les services médicaux et à 44,72 millions de dollars pour les services hospitaliers.

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

L'article 3 des *Medical Care Insurance Beneficiary and Administration Regulations* définit les règles de transférabilité de l'assurance-maladie pour les résidents 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);
- emploi à contrat : jusqu'à 24 mois (une confirmation écrite de l'employeur est exigée);
- vacances et voyages : jusqu'à 12 mois

L'article 3 des *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 croisiéristes).

Aux termes de l'article 6.6 de la *Department of Health Act*, un habitant est admissible à la couverture de l'assurance-maladie durant une absence temporaire à l'étranger. En résumé, la couverture s'applique aux services hospitaliers médicalement nécessaires fournis à un malade hospitalisé, à hauteur de 100 \$ par jour pour les services aux malades hospitalisés et de 50 \$ par visite et par jour pour les services aux malades externes.

En 2005-2006, les montants payés à l'égard de services hospitaliers fournis à l'étranger ont été de 2,03 millions

de dollars pour les services aux malades hospitalisés et de 1,49 million de dollars pour les services aux malades externes. Par ailleurs, les dépenses à l'égard des services médicaux fournis à l'étranger se sont élevées à 695 900 \$.

4.4 Nécessité d'une approbation préalable

À l'extérieur de la province

Santé Saskatchewan couvre, en vertu d'une entente de facturation réciproque, la plupart des soins hospitaliers et médicaux reçus ailleurs au Canada par les résidents 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 pour le traitement de l'alcoolisme ou de la toxicomanie, services de santé mentale et pour joueurs compulsifs; et l'opération de la cataracte, ostéodensitométrie et IRM non urgente.

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-maladie de Santé Saskatchewan.
- La Saskatchewan Cancer Agency est consultée pour les demandes de traitement du cancer à l'étranger. Si l'approbation est accordée, Santé 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 interdites en Saskatchewan.

Le *Saskatchewan Human Rights Code* (charte des droits de la personne de la Saskatchewan) interdit la discrimination dans la prestation de services publics (ce qui inclut les services de santé assurés) fondée sur la race, la croyance, la religion, la couleur, le sexe, l'orientation sexuelle, la situation de famille, l'état matrimonial, l'invalidité, l'âge, la nationalité, l'ascendance ou le lieu d'origine.

5.2 Accès aux services hospitaliers assurés

En date du 31 mars 2006, il y avait en Saskatchewan 3 073 lits dotés en personnel dans 66 hôpitaux de soins actifs, soit 2 537 lits pour soins actifs, 218 lits pour soins psychiatriques et 325 lits pour d'autres soins. Le centre de réadaptation Wascana comptait 48 lits pour soins de réadaptation et 204 lits pour soins prolongés. Des soins de réadaptation sont également offerts dans une unité de réadaptation gériatrique d'un centre hospitalier de soins actifs et dans deux établissements de soins spécialisés.

Le plan d'action en matière de personnel de santé de la Saskatchewan

Les premiers ministres du Canada se sont entendus en septembre 2004 pour accélérer leur travail en vue de plans d'action et/ou d'initiatives en matière de ressources humaines en santé visant à garantir un effectif suffisant et un mélange approprié de professionnels des soins de santé. Ils ont convenu de rendre leurs plans d'action publics, avec des objectifs pour la formation, le recrutement et le maintien en poste de professionnels, au plus tard le 31 décembre 2005.

Le 14 décembre 2005, *Working Together: Saskatchewan's Health Workforce Action Plan* était publié. Le plan s'inscrivait dans le prolongement d'*Action Plan for*

Saskatchewan Health Care (2001). De vastes consultations ont eu lieu avec les parties prenantes dans l'élaboration de ce plan. Une conférence a notamment eu lieu en octobre, sur le thème *Finding Common Ground*. Le but de cette conférence, sous les auspices des Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques (RCRPP), était de réunir les principaux partenaires pour examiner les éléments clés d'un plan provincial de ressources humaines en santé. Les RCRPP ont facilité un dialogue structuré sur les principaux enjeux dans un effort pour aider à faire surgir un consensus sur les éléments clés d'un cadre, des solutions et des lignes de conduite.

Le plan est assorti de cinq objectifs, à savoir :

- Le système de soins de santé repose sur un nombre suffisant et un mélange efficace de professionnels de la santé qui sont parfaitement habitués à fournir des soins sécuritaires, de haute qualité.
- Le système de santé offre des milieux de travail sécuritaires, favorables, et de qualité, qui aident au recrutement et au maintien en poste de professionnels de la santé.
- Les Autochtones sont pleinement représentés dans le secteur de la santé, dans toutes les professions de la santé.
- Le nombre de professionnels de la santé aux études et en formation en Saskatchewan cadrent avec les besoins prévus de personnel et de services de santé.
- Le personnel de santé est innovant, souple et capable de s'adapter aux changements dans le système de santé.

Working Together: Saskatchewan's Health Workforce Action Plan peut être téléchargé à www.health.gov.sk.ca. Les documents de la conférence des RCRPP se trouvent à www.cprn.org. Ces documents incluent un rapport de préconférence intitulé *Finding Common Ground: Consultations and Directions*, ainsi que le rapport final de la conférence, *Setting Priorities and Getting Direction*.

Le plan d'action en matière de personnel vise à améliorer l'autonomie de la Saskatchewan par la formation de ses propres professionnels de la santé, dans les limites des ressources disponibles. Parallèlement, il propose de créer des possibilités d'emploi pour les professionnels nouvellement formés, de constituer un effectif représentatif, de mettre à profit l'expérience d'employés aguerris pour encadrer les nouveaux diplômés, de mieux harmoniser la formation avec les besoins de services de santé, et d'établir un comité directeur pour aider à

mettre en œuvre le plan et à guider les efforts continus de planification.

La plan de la Saskatchewan a été encensé par nombre de groupes au niveau national. Le Conseil canadien de la santé l'a reconnu pour sa planification innovatrice en matière de soins de santé, et la Saskatchewan s'est classée première parmi toutes les provinces et tous les territoires qui ont fait état de plans d'action en matière de ressources humaines.

Le plan expose un certain nombre d'initiatives ou de mesures qui aideront à recruter des infirmières et à les maintenir en poste, par exemple :

- L'établissement d'une agence provinciale de recrutement.
- Une capacité de placement clinique accrue.
- Des ressources pour appuyer les initiatives, la formation et la recherche en santé et sécurité au travail.
- Des efforts de collaboration avec nos établissements de formation et d'apprentissage, ainsi qu'avec nos communautés autochtones, pour préparer nos jeunes à entreprendre des programmes dans le domaine de la santé.
- Des efforts visant à recruter des professionnels de la santé formés à l'étranger.

Sondage d'opinion auprès des employés à la grandeur de la province

Les régies régionales de la santé ont procédé à un sondage d'opinion auprès des employés à la grandeur de la province en 2005-2006. Les résultats du sondage ont été rendus publics officiellement le 12 décembre 2005. Les employeurs dans le secteur de la santé s'en servent pour prendre des mesures plus précises afin d'améliorer les milieux de travail, et aider à respecter les exigences d'agrément des autorités régionales de la santé.

Selon la base de données nationale de l'entreprise qui a procédé au sondage (NRC Picker), les employeurs saskatchewanais dans le secteur de la santé sont mieux cotés en moyenne que leurs homologues nationaux. Les résultats de l'enquête montrent que l'environnement physique ainsi que la sécurité et le respect sont les aspects les mieux cotés, alors que le milieu d'apprentissage est celui qui laisse le plus à désirer.

Programme de bourses

Santé Saskatchewan administre un programme de bourses, qui se veut un outil de recrutement et de maintien en poste pour accroître le nombre de professionnels de la santé qui travaillent dans des organisations de santé financées par l'État dans la province.

Les bourses sont attribuées par voie de concours, selon des critères qui correspondent aux objectifs du programme. Les boursiers s'engagent en retour de l'aide qu'ils reçoivent à travailler pendant une période déterminée dans un établissement financé par l'État en Saskatchewan après l'obtention de leur diplôme. La valeur des bourses varie en fonction de la discipline ainsi que de l'engagement de service en contrepartie. Pour chaque année de bourse, les étudiants s'engagent pour un an s'ils acceptent un poste dans une région rurale ou nordique de la Saskatchewan, et deux ans s'ils travaillent dans les centres urbains de Regina ou de Saskatoon. S'ils ne s'acquittent pas de

cette obligation, ils doivent rembourser leur bourse avec intérêts.

Le nombre de nouvelles bourses accordées à des étudiants en sciences de la santé (non en médecine) a considérablement augmenté, passant de 27 en 2001-2002 à 305 en 2005-2006. Des bourses sont accordées dans une vaste gamme de disciplines infirmières (20) et paramédicales (6).

Négociation

En 2005-2006, une convention collective de trois ans a été signée avec la *Saskatchewan Union of Nurses*, et une convention de quatre ans, avec les syndicats de prestataires de soins.

Effectifs de soignants

Le personnel dans la majorité des professions de la santé en Saskatchewan a augmenté entre 1995 et 2004 (Tableau 1).

Tableau 1. Professionnels de la santé dans certaines professions, Saskatchewan et Canada

Occupations	Total				Saskatchewan pour 100 000 habitants, 2004
	Saskatchewan			Canada	
	1995	2000	2004	2004	
Audiologistes	S.O.	S.O.	35	1 175	4
Hygiénistes dentaires	131	162	182	6 892	18
Diététistes	182	222	251	7 783	25
Inhalothérapeutes	92	93	103	7 274	10
Travailleurs sociaux	449	930	1 019	28 689	102
Orthophonistes	S.O.	S.O.	218	6 062	22
Technologues de laboratoire médical	998	972	949	19 401	95
Physiciens médicaux	7	10	10	314	1
Technologues en radiation médicale	418	438	429	15 693	43
Ergothérapeutes	136	203	214	10 984	22
Optométristes	106	109	113	3 941	11
Pharmaciens	1 043	1 108	1 170	28 537	118
Physiothérapeutes	407	521	526	15 607	83
Psychologues	71	74	404	14 695	41
S.O. – Données non disponibles.					
Source : <i>Profils provinciaux du personnel de la santé 2004</i> , Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) : Dernière mise à jour : juin 2006.					

Nota : La comparaison du nombre de professionnels pour 100 000 habitants peut être trompeuse, car elle ne tient pas compte des façons différentes dont les services de santé sont fournis.

En ce qui a trait à la disponibilité du matériel et des services de diagnostic, des soins médicaux, de chirurgie et de traitement dans les établissements fournissant les services hospitaliers assurés, Santé Saskatchewan fait observer ce qui suit :

- Les appareils d'imagerie par résonance magnétique (IRM) se trouvent à Saskatoon (2) et à Regina (2). Le deuxième appareil de la région régionale de la santé de Regina Qu'Appelle a été mis en service en décembre 2005.
- Les appareils de tomodensitométrie sont disponibles à Saskatoon (4), Regina (3), Prince Albert (1), Swift Current (1), Moose Jaw (1), Yorkton (1), North Battleford (1) et Lloydminster (1).
- La dialyse rénale est offerte à Saskatoon, Regina, Lloydminster, Prince Albert, Tisdale, Yorkton, Swift Current, North Battleford et Moose Jaw.
- Les services de traitement du cancer sont fournis par les deux cliniques anticancéreuses de la Saskatchewan Cancer Agency, le Saskatoon Cancer Centre et la Allan Blair Cancer Agency à Regina. En 2005, environ 5 000 nouveaux patients ont entrepris un traitement anticancéreux. Dans les deux centres, environ 39 000 traitements de radiothérapie et 17 500 traitements de chimiothérapie ont été donnés à des patients de Saskatoon et de Regina.
- Seize sites participent au programme communautaire d'oncologie qui permet aux malades de recevoir de la chimiothérapie et d'autres soins de soutien plus près de leur domicile, tout en maintenant un lien étroit avec les experts des centres anticancéreux de Regina et de Saskatoon. En 2004, plus de 1 000 patients se sont rendus dans les centres où le programme est offert afin de recevoir un traitement, pour un total d'environ 6 400 visites.
- Environ 73 % des services de chirurgie sont fournis à Saskatoon et à Regina. On trouve dans ces villes les médecins spécialistes, le personnel spécialisé et l'équipement requis pour offrir une gamme complète de services chirurgicaux. Vingt-deux pour cent sont fournis dans six hôpitaux de taille moyenne situés à Prince Albert, Moose Jaw, Yorkton, Swift Current, North Battleford et Lloydminster. Le reste est fourni dans de plus petits hôpitaux des diverses régions de la province.

- Des liens avec Telehealth Saskatchewan continuent d'offrir aux résidents de régions rurales et éloignées l'accès à un spécialiste, à un médecin de famille et à d'autres fournisseurs de services de santé sans qu'ils n'aient à se déplacer sur de grandes distances.

En 2005-2006, certaines mesures ont été prises pour améliorer l'accès aux services hospitaliers assurés :

- L'accès et le recours aux services d'imagerie médicale spécialisée, notamment les services d'IRM, de tomodensitométrie et d'ostéodensitométrie ont augmenté de façon constante en Saskatchewan. En 2005-2006, environ 19 600 tests d'IRM et environ 105 000 tests de tomodensitométrie ont été effectués.
- Telehealth Saskatchewan s'est avéré un outil efficace pour la consultation clinique et le perfectionnement professionnel dans le Nord de la province. Le ministère de la Santé de la Saskatchewan continue d'appuyer ce réseau. En 2005-2006, 8 centres ont été ajoutés, ce qui porte le total à 26.
- Les cliniques d'insuffisance rénale chronique établies à l'été 2001 dans les régions de Regina Qu'Appelle et de Saskatoon continuent d'accueillir plus de patients. Leur but est de retarder le moment où les patients devront être dialysés et de mieux les préparer à choisir un traitement – hémodialyse, dialyse péritonéale ou dialyse à domicile, ou encore, transplantation. Le nombre de patients qui consultent est plus élevé que le nombre de patients dialysés (entre le 31 décembre 2004 et le 31 décembre 2005, le nombre de patients de ces cliniques est passé de 813 à 920, soit une hausse de 13,2 %).
- La Cancer Agency est responsable du programme provincial de dépistage du cancer du sein. Le programme de dépistage est offert dans sept sites de la province, et une unité mobile de mammographie se rend dans les communautés qui ne disposent pas d'un site permanent. De 34 000 à 37 000 mammographies sont effectuées chaque année dans le cadre de ce programme.
- Le programme de prévention du cancer du col de l'utérus est un programme de la Cancer Agency, qui vise à augmenter le nombre de femmes qui subissent régulièrement un test de Papanicolaou et à assurer le suivi des résultats insatisfaisants ou anormaux. En 2005, 115 000 avis de résultats et 103 000 lettres de rappel ont été envoyés.

- Le programme provincial de maladies hématologiques malignes et de transplantation de cellules souches continue d'offrir des transplantations de cellules souches aux patients de la Saskatchewan. En 2005-2006, 38 patients atteints d'un cancer du sang agressif ou avancé ou d'un cancer d'un autre système ont reçu une transplantation de cellules souches ou de moelle osseuse. Le programme offre désormais des stages cliniques officiels aux résidents de médecine interne de l'Université de la Saskatchewan.

L'achat de biens d'équipement par les régies régionales de la santé se fait conformément aux critères définis dans l'accord sur la santé de février 2003. Les acquisitions des régies régionales de la santé font l'objet d'un examen afin de s'assurer qu'elles cadrent avec les stratégies et priorités provinciales en matière de santé et les principes de l'accord sur la santé. En 2003-2004, les acquisitions de biens d'équipement ont permis d'améliorer l'accès aux services d'imagerie diagnostique et de chirurgie.

Santé Saskatchewan accorde toujours la priorité à l'amélioration de l'accès aux services de chirurgie et du système provincial de soins chirurgicaux. En s'appuyant sur les conseils du Saskatchewan Surgical Care Network (SSCN), le Ministère agit comme chef de file national de la mise en œuvre d'initiatives clés axées sur le système de soins chirurgicaux.

Le Ministère a déjà établi et adopté un nouveau processus d'évaluation des patients, un registre des chirurgies, et des temps d'attente cibles pour la chirurgie dans le cadre du plan d'action en matière de santé de la Saskatchewan.

Le nouveau processus d'évaluation des patients favorisera la cohérence et l'équité en uniformisant les facteurs dont les médecins tiennent compte pour déterminer l'urgence de l'intervention pour un patient donné. Ainsi, ceux qui ont le plus besoin d'être opérés le seront en premier.

Le registre des chirurgies de la province est une base de données exhaustive qui permettra au système de soins chirurgicaux d'améliorer la gestion de l'accès, de déterminer sa capacité et les ressources requises et de réduire les temps d'attente pour les patients.

Les temps d'attente cibles en chirurgie permettront aux régions sanitaires de faire un meilleur suivi des patients, et aux patients de recevoir des soins en fonction de leur niveau de besoin. En mars 2004, ils ont été définis comme des « objectifs » pour le système de soins chirurgicaux. Sur la recommandation du Saskatchewan Surgical Care Network (SSCN), le nombre de niveaux de priorité pour la chirurgie a été ramené de six initialement à quatre (plus la chirurgie d'urgence qui doit être comptée et dont il doit être rendu compte séparément) depuis avril 2006, pour laisser plus de latitude aux chirurgiens et aux régions dans la gestion des listes d'attente afin de réduire les délais maximums.

Le site Web du réseau de soins chirurgicaux de la Saskatchewan a été lancé en janvier 2003. Ce site sur l'accès aux soins chirurgicaux, dont l'adresse est www.sasksurgery.ca, fournit une gamme d'informations sur le système de soins chirurgicaux et les listes d'attente, y compris des données sur les temps et les listes d'attente, et des indications permettant de trouver les médecins et les spécialités. Le site Web fournit aussi des renseignements sur les chirurgies effectuées, les patients en attente et les temps d'attente, ainsi que sur la manière dont le système fonctionne et la façon d'avoir accès aux services de santé dans la province.

Santé Saskatchewan collabore étroitement avec les membres des régions sanitaires, les médecins et d'autres partenaires en santé afin de maximiser l'accès aux services d'imagerie diagnostique en Saskatchewan. Tout en axant ses efforts sur l'amélioration de l'accès aux services diagnostiques (IRM, tomodensitométrie), il assoit les fondements d'un système de prestation amélioré et viable.

Le 31 janvier 2005, le ministre de la Santé a annoncé la création d'un réseau d'imagerie diagnostique. Ce partenariat associant des cliniciens, des fournisseurs de services, des régies régionales de santé, des organismes de réglementation, des établissements d'enseignement des sciences de la santé, la collectivité et le gouvernement vise à assurer un accès équitable à des services d'imagerie diagnostique de qualité dans la province. En collaborant avec les partenaires participants, le réseau fait office d'organe consultatif provincial qui contribue à la planification et à la coordination stratégiques du système d'imagerie diagnostique pour l'ensemble de la province.

5.3 Accès aux services médicaux et de chirurgie dentaire assurés

En date du 31 mars 2006, la province comptait 1 719 médecins autorisés à exercer dans la province et à participer au régime d'assurance-maladie. De ce nombre, 990 (57,6 %) étaient des médecins de famille, et 729 (42,4 %), des spécialistes.

Il y avait également quelque 373 dentistes et chirurgiens-dentistes exerçant leur profession dans les principaux centres de la Saskatchewan. Soixante-dix-huit offraient des services assurés dans le cadre du régime d'assurance-maladie.

En 2005-2006, des initiatives de recrutement et de maintien en poste de médecins ont été lancées ou poursuivies, ce qui a permis d'améliorer l'accès aux services médicaux assurés et de réduire les temps d'attente.

Programmes des spécialistes

- Programme de perfectionnement des spécialistes – Des subventions pouvant atteindre 80 000 \$ par année sont offertes à des spécialistes pour leur permettre de se perfectionner. Le financement est assorti d'un engagement concernant le retour au travail.
- Programme de couverture des salles d'urgence par les spécialistes – Des indemnités sont versées aux médecins spécialistes qui couvrent les salles d'urgence dans les établissements de soins actifs.
- Programme de bourses aux résidents d'une spécialité – Quinze bourses d'une durée maximale de trois ans sont offertes chaque année. Le financement est assorti d'un engagement concernant le retour au travail.
- Initiative axée sur les spécialistes ayant obtenu leur certification à l'étranger – Mise sur pied en 2004-2005, cette initiative permet d'offrir du financement à ces spécialistes pour que leur rémunération soit équivalente à celle des spécialistes canadiens.

Programme des milieux ruraux et des régions

- Programme pilote d'exercice en région – Des subventions de 10 000 \$ sont accordées aux médecins de famille admissibles qui établissent un cabinet dans un centre régional pour une durée minimale de 18 mois.
- Programme de formation et de réintégration – Deux bourses sont accordées chaque année à des médecins

de famille exerçant en milieu rural qui veulent se spécialiser. Le financement est assorti d'un engagement concernant le retour au travail.

- Programme intégré de couverture des salles d'urgence et de répit pendant les fins de semaine – Du soutien et des indemnités sont offerts aux médecins pour la couverture des salles d'urgence en milieu rural. Les communautés comptant moins de trois médecins peuvent ainsi avoir accès à d'autres médecins qui remplacent les leurs la fin de semaine.
- Programme de subventions pour l'établissement d'un cabinet en milieu rural – Des subventions de 18 000 \$ sont accordées aux médecins, formés au Canada ou résidents permanents, qui établissent leur cabinet dans une région rurale de la Saskatchewan et y exercent pendant au moins 18 mois.
- Programme de bourses d'études pour les résidents en médecine familiale – Ces bourses de 25 000 \$ aident les résidents à assumer les coûts de leur formation et sont assorties d'un engagement à exercer en milieu rural.
- Programme de bourses d'études pour étudiants en médecine – Ces bourses de 15 000 \$ sont assorties d'un engagement écrit à exercer en milieu rural.
- Programme de perfectionnement de la pratique en milieu rural – Les médecins qui exercent en milieu rural ont droit à un remplacement du revenu et les résidents reçoivent de l'aide, lorsque ces professionnels désirent suivre une formation spécialisée dans un domaine où il y a des besoins à combler dans les régions rurales. L'aide est assortie d'un engagement à exercer en milieu rural.
- Programme d'enseignement médical continu sur les soins d'urgence en milieu rural – Du financement est accordé aux médecins exerçant en milieu rural désireux d'obtenir ou de renouveler leur certification de compétence en médecine d'urgence et en gestion du risque. Les médecins acceptés sont tenus d'exercer dans une région rurale de la Saskatchewan à la fin du programme de formation.
- 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 de Santé Saskatchewan, de Santé

Canada et de l'Université de la Saskatchewan vise à stabiliser l'effectif médical dans le nord de la Saskatchewan.

- Programme de congé prolongé offert en milieu rural – Les médecins exerçant en milieu rural qui veulent parfaire leurs connaissances et compétences dans certains domaines, comme l'anesthésie, l'obstétrique et la chirurgie, peuvent se faire rembourser leurs frais de scolarité et leur manque à gagner pour une période allant jusqu'à six semaines.
- Programme d'aide aux déplacements pour les médecins exerçant en milieu rural – Une aide est fournie aux médecins qui doivent se déplacer pour participer à des activités éducatives.
- 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.

5.4 Rémunération des médecins

Le processus de négociation des ententes sur la rémunération des services assurés, avec les médecins et les dentistes, est décrit à l'article 48 de la *Medical Care Insurance Act* :

- un comité d'étude de la rémunération médicale est mis sur pied dans les quinze jours suivant l'émission, par la Saskatchewan Medical Association ou le gouvernement, de l'avis de commencer les discussions sur la nouvelle entente;
- chaque partie doit nommer au plus six représentants au comité;

- l'objectif du comité est de préparer une entente satisfaisante pour les parties en ce qui concerne les services assurés;
- dans l'impossibilité de parvenir à une entente satisfaisante, la question peut être renvoyée au comité d'étude de la rémunération médicale, formé de deux personnes qui sont chacune nommée par une des parties et qui, à leur tour, choisissent un troisième membre;
- le conseil a le pouvoir de prendre des décisions ayant force obligatoire.

La plus récente entente de trois ans avec la Saskatchewan Medical Association, qui expire le 31 mars 2006, prévoyait une hausse de 8,3 % par année des tarifs prévus à la *Physician Payment Schedule*, à compter du 1^{er} octobre 2003, et des hausses de 6 % au 1^{er} avril 2004 et au 1^{er} avril 2005. Des hausses similaires ont aussi été accordées aux médecins non rémunérés à l'acte. Parmi les autres modalités de l'entente, citons un total de 11,2 millions de dollars pour les programmes de recrutement et de maintien en poste, et 3 millions de dollars par année pour les nouveaux éléments et la modernisation des tarifs d'honoraires. Les négociations en vue d'une nouvelle entente ont débuté en janvier 2006.

Aux termes de l'article 6 des *Saskatchewan Medical Care Insurance Payment Regulations* (1994), le ministre doit effectuer le paiement des services assurés conformément à la *Physician Payment Schedule* et au *Dentist Payment Schedule*.

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 547,6 millions de dollars en 2005-2006, soit 357,4 millions pour la facturation à l'acte, 20,8 millions pour les programmes de couverture des salles d'urgence, 150,6 millions pour les services non rémunérés à l'acte et 18,8 millions pour les programmes de la Saskatchewan Medical Association, tels que décrits dans l'accord.

5.5 Paiements aux hôpitaux

En 2005-2006, le financement versé aux régies régionales de la santé a été 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 (par ex., la dialyse rénale, les services spécialisés d'imagerie médicale, les services respiratoires spécialisés) ou pour la prestation de services aux résidents d'autres régions sanitaires.

Les paiements aux 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 a de l'intérêt public de le faire.

Les régies régionales de la santé produisent un rapport annuel sur les résultats financiers globaux de leurs opérations.

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 2005-2006 du ministère de la Santé, le budget annuel de 2005-2006 et documents connexes, dans ses comptes publics de 2005-2006 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 résidents de la Saskatchewan.

Les contributions fédérales ont aussi été reconnues sur le site Web de Santé 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.

7.0 Services de santé complémentaires

En date du 31 mars 2006, le gouvernement provincial offrait un éventail de services de santé complémentaires, dont les soins de longue durée en établissement pour les habitants de la Saskatchewan, des services de santé communautaires, comme les soins à domicile, ainsi qu'une grande diversité de programmes en matière de santé, de soutien social, de santé mentale, de traitement de la toxicomanie et de prestations pharmaceutiques.

Soins intermédiaires dans les maisons de soins infirmiers

Les foyers de soins spéciaux offrent des soins en établissement de longue durée, notamment aux personnes qui ont besoin de soins continus. On y offre des soins et de l'hébergement, des soins de relève, des programmes de jour, des soins de nuit, des soins palliatifs et, parfois, des services de convalescence. Ces établissements sont financés par l'État, par l'entremise des régies régionales de la santé, et réglementés aux termes de la *Housing and Special-care Homes Act* et de ses règlements d'application.

Les services de santé publique des régies régionales de la santé fournissent des services d'immunisation aux résidents des établissements de soins de longue durée et d'autres établissements semblables dans le cadre du programme provincial d'immunisation. Santé Saskatchewan achète les vaccins et les offre gratuitement aux services de santé publique. La mesure s'applique aux vaccins antigrippal et antipneumococcique.

Soins à domicile

Le Programme de soins à domicile permet aux personnes qui présentent une maladie ou une invalidité de courte ou

de longue durée, plus ou moins grave, de vivre chez elles plutôt qu'en établissement. Le Programme fournit des soins et des services aux personnes qui ont besoin de soins palliatifs, de soins de courte durée ou de soins de soutien. Parmi les services offerts figurent l'évaluation et la coordination des soins, les soins infirmiers, les soins personnels, les soins de relève, l'entretien de la maison, la préparation des repas, les traitements et les services de bénévoles. Les personnes peuvent opter pour le financement individualisé offert par le Programme et organiser et gérer leurs propres services de soutien. Le Programme de soins à domicile est financé par Santé Saskatchewan, mis en application par les régies régionales de la santé et réglementé aux termes de la *Regional Health Services Act*.

Soins ambulatoires

Les régies régionales de la santé de la Saskatchewan offrent une gamme complète de services de santé mentale et de services aux alcooliques et aux toxicomanes. Les services de santé mentale sont réglementés aux termes de la *Mental Health Services Act*.

Les régies régionales de la santé de la Saskatchewan offrent des services de podologie qui comprennent des services d'évaluation, de consultation et de traitement. Les *Chiropractic Services Regulations* de la *Department of Health Act* autorisent les podologues et les podiatres à autoréglementer leur profession.

Les régies régionales de la santé de Regina Qu'Appelle et Saskatoon offrent un programme de prothèses auditives qui comprend des services d'examen de l'acuité auditive, d'évaluation des enfants à risque, ainsi que de vente, d'ajustement et d'entretien de prothèses auditives. Ces programmes sont réglementés aux termes de la *Hearing Aid Act* et de son règlement d'application ainsi que de la *Regional Health Services Act*.

Des services de réadaptation, dont l'ergothérapie, la physiothérapie et l'orthophonie sont offerts par les régies régionales de la santé et aident les gens de tous âges à améliorer leur autonomie fonctionnelle. Les services, qui comprennent l'évaluation, la consultation et le traitement, sont offerts dans les hôpitaux, les centres de réadaptation, les établissements de soins prolongés, les centres de santé communautaires, les écoles et les résidences privées. Les programmes sont réglementés aux termes de la *Regional Health Services Act* et des *Community Therapy Regulations*, de la *Department of Health Act*.

Services de soins aux adultes – Services de santé mentale

Des programmes d'appartements supervisés et de foyers de groupe offrent un continuum de soutien et d'aide aux activités de la vie aux personnes atteintes d'une maladie mentale de longue durée. Ces programmes sont réglementés par la *Residential Services Act*.

Santé Saskatchewan, en partenariat avec la régie régionale de la santé de Heartland, offre un programme de réadaptation aux personnes souffrant de troubles de l'alimentation et à leur famille. Ce programme est offert par le centre BridgePoint, en conformité avec les dispositions relatives aux organismes de bienfaisance de la *Loi de l'impôt sur le revenu* et la *Regional Health Services Act*.

Services aux alcooliques et aux toxicomanes

La prestation des services aux alcooliques et aux toxicomanes est normalement réglementée par la *Regional Health Services Act*. Les établissements qui offrent des services en établissement aux alcooliques et aux toxicomanes doivent détenir un permis (voir ci-après). Santé Saskatchewan ou les régies régionales de la santé passent des ententes de services avec des organisations communautaires et sans but lucratif réglementées aux termes de la *Non-profit Corporations Act*.

Les services de désintoxication fournissent au client un milieu sécuritaire et positif où il peut entreprendre un processus de sevrage de l'alcool ou d'une drogue et de stabilisation. Hébergement, repas et groupes d'entraide sont offerts pour une période maximale de dix jours.

Des services hospitaliers sont offerts aux personnes qui ont besoin d'un programme de rétablissement intensif en raison de leur consommation d'alcool ou de drogues ou celle d'autres personnes. Les services offerts comprennent des évaluations, des consultations, des programmes d'éducation et d'entraide pour une période de quatre semaines ou plus selon les besoins.

Les services d'hébergement de longue durée comportent des programmes de maintien et de transition pour une période prolongée aux personnes aux prises avec une chimiodépendance et une toxicomanie. Ces établissements offrent des services de consultation ainsi que des programmes d'éducation et de prévention des rechutes dans un environnement sécuritaire et positif.

Personnes inscrites					
	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006
1. Nombre total de personnes inscrites au 31 mars.	1 024 788	1 024 827	1 007 753	1 018 057	1 021 080

Services hospitaliers assurés dans la province ou le territoire					
Établissements publics	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006
2. Quantité :					
a. soins actifs	66	65	66	65	66
b. soins chroniques	0	0	0	0	
c. soins de réadaptation	1	1	1	1	1
d. autres	0	0	0		
e. total	67	66	67	66	67
3. Paiements (\$) :					
a. soins de courte durée	720 174 393 ¹	non disponible	811 561 671 ²	867 261 000 ²	922 675 000 ²
b. soins chroniques	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
c. soins de réadaptation	39 656 384	non disponible	non disponible ³	non disponible ³	non disponible ³
d. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
e. total	759 830 777	non disponible	811 561 671	867 261 000	922 675 000 ²
Établissements privés à but lucratif	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006
4. Quantité :					
a. installations chirurgicales	0	0	0	0	0
b. établissements d'imagerie diagnostique	0	0	0	0	0
c. total	0	0	0	0	0
5. Nombre de services hospitaliers assurés qui sont fournis :					
a. installations chirurgicales	0	0	0	0	0
b. établissements d'imagerie diagnostique	0	0	0	0	0
c. total	0	0	0	0	0
6. Paiements totaux destinés aux (\$) :					
a. installations chirurgicales	0	0	0	0	0
b. établissements d'imagerie diagnostique	0	0	0	0	0
c. total	0	0	0	0	0

- En fonction des sommaires de financement du gouvernement provincial fournis aux anciens districts de santé.
- 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 actifs financés sont : les services de soins actifs; les services hospitaliers spécialisés; les services offerts par des spécialistes en milieu hospitalier.
 - Ne comprend ni les soins de réadaptation aux patients hospitalisés, ni les services de santé mentale aux patients hospitalisés, ni les services 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.
- Pour l'instant, aucune information annuelle comparable n'est offerte.

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire					
	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006
7. Nombre de médecins participants :					
a. omnipraticiens	937	936	946	967	990
b. spécialistes	696	700	716	718	729
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	1 633	1 636	1 662	1 685	1 719
8. Nombre de médecins qui ont opté pour le retrait du régime d'assurance-maladie :					
a. omnipraticiens	0	0	0	0	0
b. spécialistes	0	0	0	0	0
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	0	0	0	0	0
9. Nombre de médecins qui ne participent pas :					
a. omnipraticiens	0	0	0	0	0
b. spécialistes	0	0	0	0	0
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	0	0	0	0	0
10. Services fournis grâce à <u>toutes les méthodes de paiement</u> :					
a. nombre de services	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
b. paiements totaux	394 831 408	421 709 330	449 108 573	491 805 817	528 759 380
11. Nombre de services offerts grâce au <u>paiement à l'acte</u> :					
a. omnipraticiens	6 760 156	6 631 582	6 434 620	6 397 252	6 388 932
b. spécialistes	3 700 801	3 637 879	3 499 069	3 573 354	3 644 949
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	10 460 957	10 269 461	9 933 689	9 970 606	10 033 881
12. Versements totaux pour les médecins grâce au <u>paiement à l'acte</u> (\$) :					
a. omnipraticiens	137 541 402	139 410 263	147 119 703	160 986 686	172 656 264
b. spécialistes	144 566 069	151 061 558	157 419 082	176 829 943	190 228 546
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	282 107 471	290 471 821	304 538 785	337 816 629	362 884 810
13. Quantité de services fournis grâce au <u>paiement à l'acte</u> :					
a. médicaux	6 017 477 ⁴	5 788 055 ⁴	5 841 196 ⁴	5 801 265 ⁴	5 779 846 ⁴
b. chirurgicaux	994 321 ⁵	984 405 ⁵	998 210 ⁵	1 015 900 ⁵	1 020 399 ⁵
c. diagnostics	2 262 256 ⁶	2 179 286 ⁶	2 174 220 ⁶	2 187 590 ⁶	2 248 621 ⁶
d. autres	1 186 903 ⁷	1 317 715 ⁷	920 063 ⁷	965 851 ⁷	985 015 ⁷
e. total	10 460 957	10 269 461	9 933 689	9 970 606	10 033 881
14. Paiements totaux effectués aux médecins grâce au <u>paiement à l'acte</u> (\$) :					
a. médicaux	160 742 594 ⁴	162 032 557 ⁴	170 595 840 ⁴	192 359 771 ⁴	208 290 658 ⁴
b. chirurgicaux	56 027 014 ⁵	58 596 690 ⁵	60 515 275 ⁵	70 671 415 ⁵	75 149 703 ⁵
c. diagnostics	44 488 404 ⁶	48 355 683 ⁶	51 280 830 ⁶	57 032 791 ⁶	61 675 211 ⁶
d. autres	20 849 458 ⁷	21 486 890 ⁷	22 145 286 ⁷	17 752 650 ⁷	17 769 239 ⁷
e. total	282 107 470	290 471 821	304 537 231	337 816 627	362 884 810

4. Comprend les visites, les soins hospitaliers et la psychothérapie.

5. Comprend les chirurgies, l'assistance chirurgicale, les soins obstétricaux, l'anesthésie.

6. Comprend les rayons X, les services de laboratoire, les diagnostics.

7. Comprend l'imposition de frais supplémentaires, les primes, les services médicaux sur appel.

Services assurés offerts aux résidents dans une autre province ou un autre territoire					
Hôpitaux	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006
15. Nombre total de demandes, malades hospitalisés.	4 692	4 422	4 561	4 307	4 566
16. Nombre total de demandes, consultations externes.	45 320	50 401	45 510	51 678	55 067
17. Paiements totaux, malades hospitalisés (\$).	22 037 200	23 447 100	30 528 100	30 461 943	33 671 100
18. Paiements totaux, consultations externes (\$).	5 836 500	7 144 800	6 405 900	9 345 190	11 044 200
19. Paiement moyen, malades hospitalisés (\$).	4 696,76	5 302,37	6 693,29	7 072,66	7 374,31
20. Paiement moyen, consultations externes (\$).	128,78	141,76	140,76	180,83	200,56
Médecins	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006
21. Quantité de services.	444 430	458 100	509 784	513 694	542 651
22. Paiements totaux (\$).	15 520 000	16 948 900	19 477 300	19 868 600	20 541 894
23. Paiement moyen par service (\$).	34,92	37,00	38,21	38,68	37,85

Services assurés offerts à l'extérieur du Canada					
Hôpitaux	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006
24. Nombre total de demandes, malades hospitalisés.	252	287	231	254	248
25. Nombre total de demandes, consultations externes.	1 172	1 049	875	1 002	1 194
26. Paiements totaux, malades hospitalisés (\$).	1 009 400	1 891 800	728 400	730 849	2 033 300
27. Paiements totaux, consultations externes (\$).	375 900	359 400	373 300	251 957	1 486 500
28. Paiement moyen, malades hospitalisés (\$).	4 005,56	6 591,64	3 153,25	2 877,36	8 198,79
29. Paiement moyen, consultations externes (\$).	320,73	342,61	426,63	251,45	1 244,97
Médecins	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006
30. Quantité de services.	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
31. Paiements totaux (\$).	588 100	1 129 300	583 200	510 600	695 900
32. Paiement moyen par service (\$).	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible

Services chirurgicaux et dentaires assurés dans la province ou le territoire					
	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006
33. Nombre de dentistes participants.	94	94	94	84	78
34. Nombre de services fournis.	18 900	18 500	18 300	19 400	18 511
35. Paiements totaux (\$).	1 275 400	1 264 200	1 345 900	1 442 800	1 539 420
36. Paiement moyen par service (\$).	67,48	68,34	73,55	74,37	83,16

Alberta

Introduction : Le système de soins de santé de l'Alberta

L'Alberta offre des services médicalement nécessaires et assurés dans le cadre d'un système public qui respecte les principes de la *Loi canadienne sur la santé* : gestion publique, intégralité, universalité, transférabilité et accessibilité. Les services médicalement nécessaires comprennent les soins hospitaliers, les services médicaux ainsi que certains types de services offerts par des chirurgiens-dentistes et d'autres professionnels des soins dentaires.

Gestion du système de santé

Le système de santé de l'Alberta est défini dans la *Loi* et géré par le ministre de la Santé et du Mieux-être. Le ministre de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta assure l'orientation stratégique et la direction du système de santé provincial. Ce rôle consiste notamment à définir la vision globale du système de santé, à déterminer les buts, les objectifs, les normes et les orientations provinciales, à encourager l'innovation, à fixer les priorités et à affecter les ressources. Le rôle du Ministère est d'assurer la transparence et d'établir un équilibre entre les besoins en matière de services de santé et la responsabilité financière. Le ministre de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta a aussi un important rôle de promotion et de protection de la santé. Ce rôle consiste : 1) à surveiller l'état de santé de la population; 2) à déterminer les risques que représentent les maladies transmissibles ainsi que les dangers posés par les aliments, les médicaments et l'environnement, et à chercher à les réduire ou à les éliminer; 3) à fournir l'information nécessaire pour prévenir l'apparition de maladies et les blessures; et 4) à encourager des choix santé. Aux termes de la *Regional Health Authorities Act*, les régies régionales de la santé doivent

rendre compte au ministre de la prestation de services de santé qui répondent aux besoins des personnes et des collectivités. Les régies régionales de la santé assurent la prestation de soins hospitaliers actifs, de soins communautaires et de longue durée, de services de santé mentale, ainsi que de protection et de promotion de la santé publique, et d'autres services connexes. Par ailleurs, aux termes de la *Cancer Programs Act*, l'Alberta Cancer Board doit rendre compte au ministre de la prestation de services de prévention et de traitement liés au cancer, de la sensibilisation à cette affection et des recherches en oncologie. L'Alberta Mental Health Board conseille le ministre sur les questions de politique et de stratégie relatives aux programmes et aux services de santé mentale. Les régies régionales de la santé et les conseils de santé provinciaux ont également la responsabilité de déterminer les besoins, de fixer les priorités locales, d'affecter les ressources et de surveiller le rendement pour l'amélioration continue de la qualité, de l'efficacité et de l'accessibilité des services de santé. La législation albertaine sur la santé peut être consultée à l'adresse suivante :

www.health.gov.ab.ca/about/minister_legislation.html

Faits marquants survenus en 2005-2006

En 2005-2006, le ministère de la Santé de l'Alberta a commencé à travailler à une nouvelle approche à l'égard du renouvellement et de la réforme de la santé. À la base de ce processus : l'engagement fondamental selon lequel en Alberta, la capacité de payer d'une personne ne déterminerait jamais sa capacité d'avoir accès à des soins de santé. L'approche de l'Alberta en matière de renouvellement des soins de santé se fonde sur l'ouverture aux nouvelles options et aux nouveaux choix, des choix qui renforcent notre système de santé et nous permettent de faire les choses qui doivent être faites. L'accent est mis sur l'amélioration des choix et de l'accès, tout en tenant compte du besoin de limiter les coûts des soins de santé afin d'atteindre notre objectif ultime, qui est de procurer aux Albertains un système de santé viable et hautement efficace pour l'avenir.

En mai 2005, le gouvernement provincial a été l'hôte de l'*Alberta Symposium on Health*. Ce symposium international a offert une occasion unique aux représentants des régies régionales de la santé, aux collectivités, aux organismes de santé et aux groupes professionnels de

l'Alberta de mettre en commun des renseignements et des expériences, et de consulter des experts internationaux. Certains renseignements importants ont été tirés du symposium, notamment les suivants : 1) il n'existe pas de solution unique aux problèmes dans le système de santé, des améliorations devant plutôt être apportées au fil du temps; 2) les améliorations doivent être axées sur le patient et privilégier les résultats fondés sur des données probantes et 3) les solutions doivent correspondre aux attentes et aux valeurs de la société à laquelle elles sont censées profiter.

À la lumière de ce qui a été appris au symposium, le premier ministre et le ministre ont annoncé, en juillet 2005, un train de mesures sous le thème de *Getting on With Better Health Care*. Ces mesures se voulaient des moyens d'améliorer le système de santé dans des domaines comme la prévention des maladies et des blessures, la santé des enfants, la santé mentale, et les besoins en matière de santé des collectivités rurales. Elles s'appuyaient également sur d'importantes stratégies pour améliorer le rendement dans des domaines comme les soins de santé primaires, de nouvelles normes de qualité pour les soins de longue durée, l'utilisation de nouvelles technologies comme *Alberta Netcare* (le dossier de santé électronique de l'Alberta) pour améliorer les communications et réduire les erreurs, et l'accroissement du nombre de soignants. Ces mesures demeurent le moteur d'une amélioration continue du système de santé.

La première mesure consistait à élaborer un *cadre stratégique en matière de santé* qui fournirait une orientation claire et uniforme visant à guider les décisions des responsables du système de santé. Le *cadre*, rendu public en février 2006, a lancé le débat au sujet de la viabilité du système de soins de santé et a encouragé les Albertains à s'exprimer sur la façon de changer ce système. Le *cadre* permettra de rendre le système de santé durable, souple et accessible pour tous les Albertains.

D'importants investissements ont été faits dans *Alberta Netcare* afin de favoriser des améliorations technologiques à l'échelle provinciale et de faire en sorte que les professionnels de la santé aient accès aux informations relatives aux patients dont ils ont besoin pour prendre les meilleures décisions thérapeutiques. Dans le cadre de la stratégie d'imagerie diagnostique, 51,6 millions de dollars ont été consacrés à la numérisation des radiographies et des images

obtenues par tomographie assistée par ordinateur et imagerie par résonance magnétique (IRM) dans toute la province. La qualité des soins pour les Albertains a donc été améliorée parce que les médecins et les patients ont ainsi accès plus rapidement aux rapports et aux images.

Des fonds supplémentaires ont été prévus pour donner suite aux recommandations du Groupe de travail de l'Assemblée législative sur les services de soins continus et les normes d'hébergement. Des fonds ont été débloqués afin d'augmenter de 3,1 à 3,4 par jour-pensionnaire le nombre d'heures de soins infirmiers dans les établissements de soins de longue durée, d'appuyer l'application de nouvelles normes pour la gestion de la prise de médicaments et d'accélérer la réalisation de projets de soins continus de façon à améliorer la disponibilité de l'information utilisée dans la prise de décision.

En 2005-2006, l'infrastructure des installations de santé est devenue une responsabilité conjointe des ministres des Infrastructures et des Transports et de la Santé et du Mieux-être. En octobre 2005, l'investissement de 1,4 milliard de dollars dans 20 projets d'immobilisations a été annoncé, et 64,6 millions de dollars ont ainsi été mis à la disposition des autorités de la santé en 2005-2006.

L'*Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission* (AADAC) a reçu des fonds qu'elle a consacrés à la création de programmes de désintoxication et de traitement en établissement pour les jeunes. L'AADAC a mis en service 24 nouveaux lits pour le traitement des toxicomanies chez les adolescents de 12 à 17 ans. Ces lits sont répartis entre deux programmes de désintoxication de quatre lits et deux programmes de traitement en établissement de huit lits à Edmonton et à Calgary. Le programme en établissement à Edmonton incorpore un modèle thérapeutique collectif, tandis que le programme à Calgary s'inspire d'un modèle de thérapie par la nature en milieu sauvage.

Pour la première année, les municipalités ont reçu une aide financière pour assurer le transport préhospitalier par ambulance routière. En outre, les régies régionales de la santé et l'*Alberta Mental Health Board* ont reçu des fonds pour la première année de financement de 36 nouveaux projets d'innovation en santé mentale ayant entre autres pour objet des programmes d'action directe ou des services de soins de jour et d'intervention en cas de crise. Des fonds ont également été mis à la disposition de l'*Alberta Mental Health Board* pour deux programmes

de santé mentale judiciaire. Le programme provincial de traitement des personnes qui se rendent coupables de violence conjugale prévoit l'évaluation et le traitement obligatoire de cette clientèle, et le programme provincial *Diversion* vise à écarter du système de justice pénale les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale qui ont commis des délits mineurs en les dirigeant vers les services de santé, les services sociaux et les services d'appoint appropriés.

1.0 Gestion publique

1.1 Régime d'assurance-maladie et autorité publique

La *Government Organization Act* énumère les ministères qui doivent relever de ministres. L'Annexe 7 de cette loi spécifie les tâches, les fonctions et les pouvoirs particuliers du ministre de la Santé et du Mieux-être. Le ministre de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta administre le régime d'assurance-maladie 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-maladie de l'Alberta. C'est le ministre de la Santé et du Mieux-être qui détermine les services assurés par le régime d'assurance-maladie de l'Alberta. Pour déterminer les produits, services ou appareils médicaux qui seront assurés par le régime, le ministre de la Santé et du Mieux-être examine la documentation scientifique, consulte des experts-conseils, évalue les politiques, et prend en compte la formation et le financement requis.

Le ministre de la Santé et du Mieux-être inscrit les résidents albertains admissibles à la couverture prévue du régime et rémunère les médecins et les dentistes pour la prestation de services assurés qui figurent aux barèmes des prestations médicales et des prestations de chirurgie buccale et maxillo-faciale. Le ministre de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta finance également les régies régionales de la santé et les conseils provinciaux qui assurent la prestation de services hospitaliers assurés.

1.2 Liens hiérarchiques

Le ministre de la Santé et du Mieux-être est entièrement responsable du régime d'assurance-maladie de l'Alberta, qui est géré par les fonctionnaires du Ministère. Aux termes des articles 13 et 14 de la *Government Accountability Act*, le ministre doit produire un plan d'activités et un rapport annuel pour chaque exercice. Le plan d'activités triennal du ministre de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta pour la période de 2005 à 2008 a été déposé à l'Assemblée législative de l'Alberta le 24 mars 2005. Le rapport annuel du ministre documente les principales activités du système de soins de santé, notamment en ce qui a trait au régime d'assurance-maladie de l'Alberta, et fournit des états financiers consolidés de l'exercice précédent. Il présente également de l'information sur les réalisations et les résultats clés par rapport aux mesures de rendement et aux cibles clés prévues dans le plan d'activités de l'exercice précédent. Le rapport annuel 2005-2006 du ministre de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta a été dévoilé publiquement le 26 septembre 2006 et il peut être consulté à :

www.health.gov.ab.ca/resources/AR06.html

Le Ministère publie également un supplément statistique annuel sur les données du régime d'assurance maladie de l'Alberta. Une annonce sera faite lorsque le supplément statistique pour 2005-2006 sera disponible.

Aux termes de l'article 16 de la *Government Accountability Act*, les organismes responsables (à savoir les régies régionales de la santé et les conseils de santé provinciaux) doivent présenter au ministre un plan d'activités et un rapport annuel pour chaque exercice. L'article 9 de la *Regional Health Authorities Act* stipule de plus que les régies régionales de la santé et les conseils de santé provinciaux doivent fournir au ministre un plan en matière de santé indiquant comment ils assumeront leurs responsabilités aux termes de l'article 5 de la *Loi* et mesureront leur rendement. Les plans en matière de santé et les plans d'activités doivent être présentés au ministre au plus tard le 31 mars de chaque année. Les rapports annuels des régies régionales doivent lui être présentés au plus tard le 31 juillet de chaque année, et être déposés à l'Assemblée législative de l'Alberta dans les 15 jours suivant le début de la session d'automne.

1.3 Vérification des comptes

Le vérificateur général de l'Alberta est le vérificateur de tous les ministères et services, de tous les fonds réglementés et de tous les organismes provinciaux et il doit garantir au public de la crédibilité des rapports financiers gouvernementaux. Il présente des rapports dans lesquels il évalue la gestion de la réglementation, les structures de gestion, les systèmes comptables et les systèmes de contrôle de la gestion, dont ceux devant garantir l'économie et l'efficacité. Il vérifie les rapports de rendement, les dossiers et les états financiers du ministère de la Santé et du Bien-être ainsi que des régies régionales de la santé et des conseils de santé provinciaux.

2.0 Intégralité

2.1 Services hospitaliers assurés

En Alberta, les régies régionales de la santé rendent compte au ministre de la prestation des services hospitaliers assurés, sauf ceux des centres anticancéreux, qui relèvent de l'Alberta Cancer Board. La *Hospitals Act*, le *Hospitalization Benefits Regulation* (AR244/1990), la *Health Care Protection Act* et le *Health Care Protection Regulation* (AR208/2000) définissent la façon dont les services assurés sont fournis par les hôpitaux ou les établissements de chirurgie désignés. En 2005-2006, aucune modification n'a été apportée à la *Loi* régissant les services hospitaliers assurés.

Aux termes de la *Loi*, le ministre doit approuver tous les établissements hospitaliers et tous les établissements de chirurgie. Un répertoire des hôpitaux approuvés en Alberta se trouve à l'adresse suivante :

www.health.gov.ab.ca/regions/hospital_directory.pdf

La *Health Care Protection Act* de l'Alberta régit la prestation de services chirurgicaux par des établissements chirurgicaux extra-hospitaliers. La prestation de services assurés exige que le ministre approuve un marché entre l'exploitant de l'établissement et une régie régionale de la santé. Sont également exigés la désignation par le ministre d'un établissement de chirurgie autre qu'un hôpital et l'agrément par le Collège des médecins et chirurgiens de l'Alberta. Selon le Collège, il y aurait 58 établissements chirurgicaux extra-hospitaliers agréés. De ce nombre, 26 établissements ont

des contrats avec des régies régionales de la santé pour la prestation de services assurés.

En vertu de la *Health Care Protection Act*, le ministre peut approuver une entente contractuelle seulement si :

- les services chirurgicaux assurés sont conformes aux principes de la *Loi canadienne sur la santé*;
- il y a, et il y aura vraisemblablement à l'avenir, un besoin en ce qui concerne les services dans la région visée;
- les services chirurgicaux proposés n'ont pas d'incidence négative sur le système de santé public de la province;
- un avantage est prévu pour le public;
- la régie régionale de la santé a prévu un plan d'affaires acceptable pour le paiement des services;
- l'entente proposée renferme des attentes et des mesures en ce qui concerne le rendement;
- les médecins qui fourniront les services le feront conformément aux exigences en matière de conflits d'intérêts et d'éthique de la *Medical Profession Act* et de son règlement d'application.

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 une affection chronique diagnostiquée. 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.gov.ab.ca/about/minister_legislation.html

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-maladie de l'Alberta. 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-maladie de l'Alberta. Outre les services de médecin, le régime d'assurance-maladie de l'Alberta prend en charge un certain nombre d'autres services fournis par des professionnels de la santé, notamment les podiatres, les optométristes et les chiropraticiens. En 2005-2006, l'*Alberta Health Care Insurance Regulation* (articles 30 et 31) a été modifié afin de supprimer l'exigence selon laquelle le plafond fixé pour les services de podiatrie et de chiropractie payés par la province devait

avoir été atteint avant qu'une assurance privée ne couvre une partie des coûts non couverts par le régime.

Au 31 mars 2006, 7 108 médecins étaient inscrits au régime d'assurance-maladie de l'Alberta. Pour s'inscrire au régime d'assurance-maladie de l'Alberta, 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-maladie de la province. Au 31 mars 2006, il n'y avait aucun médecin non participant dans la province.

Le *Medical Benefits Regulation* et l'*Alberta Health Care Insurance Regulation* définissent les services médicaux assurés. Ces services sont documentés dans le barème des prestations médicales affiché à l'adresse suivante :

www.health.gov.ab.ca/professionals/somb.html

Le barème des prestations médicales est constamment révisé et mis à jour. Par exemple, la section Obstétrique et gynécologie du barème a été révisée en profondeur en 2005-2006.

Les services médicaux assurés et les modifications apportées au barème des prestations médicales se négocient entre le ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta, l'Alberta Medical Association (AMA) et les régies régionales de la santé. Toutes les modifications apportées au barème des prestations médicales doivent être approuvées par le ministre.

2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

Un dentiste peut effectuer quelques actes de chirurgie dentaire assurés, mais la plupart de ces interventions peuvent seulement être facturées au régime d'assurance-maladie 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 désengager 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. Au 31 mars

2006, aucun dentiste ne s'était désengagé 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 :

www.health.gov.ab.ca/professionals/allied.html

En 2005-2006, 230 dentistes et dentistes spécialisés en chirurgie buccale et maxillo-faciale fournissaient des services assurés dans le cadre du régime d'assurance-maladie de l'Alberta. Il n'existe pas d'entente officielle entre les dentistes et le ministère de la Santé et du Mieux-être, mais le Ministère rencontre les membres de l'Alberta Dental Association and College pour discuter des modifications du barème des prestations de chirurgie buccale et maxillo-faciale. Toute modification du 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 des services assurés. Le paragraphe 4(2) du *Hospitalization Benefits Regulation* dresse la liste des services hospitaliers non assurés. Le *Hospitalization Benefits Regulation* a été modifié à compter du 1^{er} septembre 2005 pour radier du règlement les taux d'hébergement pour une chambre privée ou semi-privée et permettre aux conseils des régies régionales de la santé de fixer ces taux. Le *Health Care Protection Regulation* a été modifié au même moment pour supprimer l'exigence voulant que les biens et les services médicaux bonifiés figurent dans une annexe du règlement ainsi que la formule normative de calcul des frais pour les biens ou services bonifiés. Les changements permettent aux régies régionales de la santé de déterminer, conformément aux dispositions de la *Health Care Protection Act*, la gamme de biens ou services bonifiés que chacune est prête à offrir selon les préférences des patients ainsi que les frais pour ces biens ou services bonifiés.

Une nouvelle politique provinciale pour les chambres privées ou semi-privées et les biens ou services hors normes est entrée en vigueur le 1^{er} septembre 2005. Elle se trouve sur le site Web du ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta à www.health.gov.ab.ca/key/prefacc.pdf

La politique expose les attentes de la province à l'égard des autorités régionales de la santé et guide la prise de décision de ces dernières en ce qui concerne l'offre de chambres privées ou semi-privées et la prestation de biens et de services bonifiés. Ce cadre de politique exige que les régies régionales de la santé donnent un avis de 30 jours aux autres régies régionales de la santé et à la personne désignée par le ministre quant aux catégories de chambres offertes par la région et aux frais imposés pour chaque catégorie. Les régies régionales de la santé doivent également fournir un avis de 30 jours aux autres régies régionales de la santé et à la personne désignée par le ministre quant aux biens ou aux services qui seront fournis comme biens ou services hors normes. Elles doivent 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 pourraient permettre à des patients d'en bénéficier en tant que biens ou services standards. Enfin, chaque régie régionale de la santé doit publier et tenir à jour une liste des biens et des services médicaux hors normes; ces listes sont revues périodiquement par le ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta et les régies régionales de la santé.

Au 31 mars 2006, aucune régie régionale de la santé n'avait informé la personne désignée par le ministre de la prestation de biens ou services hors normes nouveaux par la région, ni de changements aux frais pour des chambres privées ou semi-privées en vigueur le 1^{er} septembre 2005.

3.0 Universalité

3.1 Admissibilité

Aux termes de la *Health Care Insurance Act*, tous les habitants de l'Alberta sont admissibles aux services de santé financés par le secteur public au titre du régime d'assurance-maladie de l'Alberta. Par « habitant », on entend une personne légalement autorisée à être et à rester au Canada, qui est domiciliée en Alberta et 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 couverture si elles ont le statut de résident permanent, ou de résident permanent ou de citoyen canadien rentrant au pays. Les résidents tempo-

raires 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-maladie de l'Alberta 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.

En 2005-2006, aucune modification relative à l'admissibilité n'a été apportée à la *Loi*.

3.2 Exigences relatives à l'inscription au régime

Les nouveaux habitants de l'Alberta doivent s'inscrire au régime d'assurance-maladie de la province et y inscrire également leurs personnes à charge admissibles. Ils doivent présenter leur demande d'inscription dans les trois mois de leur arrivée. Les membres d'une même famille sont inscrits au même compte aux fins de la facturation des primes. 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 2006, 3 275 931 habitants de l'Alberta étaient inscrits au régime d'assurance-maladie. En vertu de la *Health Insurance Premiums Act*, un habitant peut se retirer du régime d'assurance-maladie de l'Alberta en présentant une déclaration en ce sens au Ministre. Au 31 mars 2006, 294 habitants de l'Alberta s'étaient retirés du régime.

3.3 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'études ou d'emploi et les titulaires d'un permis ministériel. En date du 31 mars 2006, 22 033 personnes étaient couvertes aux termes de conditions semblables.

3.4 Primes

La majorité des habitants de l'Alberta doit payer des primes d'assurance-maladie, à l'exception :

- des personnes à charge (les habitants de la province doivent payer des primes au nom de leurs personnes à charge);
- des membres des Forces canadiennes;
- des membres de la Gendarmerie royale du Canada (GRC) nommés à un grade;
- des détenus des pénitenciers fédéraux;
- des personnes de 65 ans et plus ainsi que de leur conjoint et personnes à charge;
- des particuliers inscrits dans le cadre de groupes spéciaux comme l'Alberta Widows' Pension ou les programmes de soutien du revenu;
- de quiconque a droit à la subvention complète aux fins du paiement de la prime;
- de toute personne qui choisit de se retirer du régime.

Même si les Albertains doivent payer des primes, la couverture ne sera refusée à aucun habitant de la province parce qu'il ne peut payer ses primes. Deux programmes aident les Albertains à faible revenu, autres que des aînés, à payer les primes : le Premium Subsidy Program (subventions) et le Waiver of Premium Program (exonération totale des primes).

4.0 Transférabilité

4.1 Délai minimal de résidence

En vertu de l'*Alberta Health Care Insurance Act*, les personnes d'une autre région du Canada qui déménagent en permanence en Alberta sont assurées à compter du premier jour du troisième mois suivant leur arrivée, pourvu qu'elles s'inscrivent dans les trois mois de leur arrivée.

4.2 Couverture durant des absences temporaires au Canada

Le régime d'assurance-maladie 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

leur couverture plus longtemps peuvent demander les prolongations suivantes :

- **visite/vacances** : couverture jusqu'à concurrence de 24 mois (les demandes de prolongation sont étudiées au cas par cas);
- **travail/affaires/œuvres missionnaires** : jusqu'à concurrence de 48 mois;
- **études collégiales et universitaires** : aucune limite (la couverture demeure en vigueur jusqu'à la fin des études).

Les personnes qui s'absentent régulièrement de l'Alberta chaque année doivent habituellement 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 résidentes de l'Alberta si elles convainquent le ministère de la Santé et du Mieux-être que l'Alberta est leur lieu de résidence permanent et principal.

L'Alberta est partie aux ententes 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 professionnels de la santé qui fournissent des services aux habitants d'une autre province ou d'un autre territoire (sauf le Québec qui n'y participe pas) soient payés dans les meilleurs délais possibles. 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. D'autres renseignements sur la couverture pendant les absences temporaires au Canada sont fournis à :

www.health.gov.ab.ca/ahcip/pdf/travel.pdf

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

La couverture du régime d'assurance-maladie de l'Alberta est offerte les six premiers mois consécutifs d'absence à l'étranger. Les habitants de la province qui désirent prolonger leur couverture plus longtemps peuvent demander les prolongations suivantes :

- quatre ans (48 mois) si le motif de l'absence est le travail, les affaires ou les œuvres missionnaires;
- deux ans (24 mois) si le motif de l'absence est le voyage, les visites personnelles ou un congé d'études (sabbatique);

- pour la durée des études si le motif de l'absence est la poursuite d'études à temps plein à un établissement d'enseignement reconnu.

Les personnes qui s'absentent régulièrement de l'Alberta chaque année doivent habituellement 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 considérées comme des habitants de l'Alberta si elles convainquent le ministère de la Santé et du Mieux-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 est de 100 dollars canadiens par jour (excluant le jour du congé). Le taux par visite des soins aux malades externes est de 50 dollars canadiens, à raison d'une visite par jour. La seule exception est l'hémodialyse qui peut commander un maximum de 341 \$ par visite, à raison d'une visite par jour. Les services offerts par des médecins et des membres de professions paramédicales sont payés aux taux de l'Alberta. On peut obtenir de plus amples renseignements sur la protection au cours d'absences temporaires à l'étranger à :

www.health.gov.ab.ca/ahcip/pdf/travel.pdf

Aucune modification relative à la transférabilité n'a été apportée à la *Loi* en 2005-2006.

4.4 Nécessité d'une approbation préalable

Une approbation préalable n'est pas nécessaire pour les services assurés non urgents reçus à l'extérieur de l'Alberta, sauf pour les actes médicaux onéreux non compris dans les ententes de réciprocité, la chirurgie pour changement de sexe et la chirurgie au scalpel gamma. Une approbation préalable est nécessaire pour les services non urgents 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 par le ministre.

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. Dans la province, neuf régions régionales de la santé, l'Alberta Cancer Board et l'Alberta Mental Health Board collaborent pour assurer à tous les Albertains l'accès aux services de santé nécessaires. Deux grandes régions métropolitaines, les régions sanitaires de Calgary et de la capitale (Edmonton), 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.

5.2 Accès aux services hospitaliers assurés

Le ministère de la Santé et du Mieux-être, les autorités régionales de la santé, l'Alberta Cancer Board et l'Alberta Mental Health Board participent activement à un processus de planification qui vise à assurer la présence d'un nombre suffisant de professionnels de la santé clés dans la province. Les principales professions appelées à fournir les services hospitaliers assurés sont les médecins, les infirmières (infirmières autorisées, auxiliaires et praticiennes), les pharmaciens, les thérapeutes en réadaptation (ergothérapeutes, physiothérapeutes et inhalothérapeutes), et le personnel de soutien clinique. Au 31 mars 2006, l'Alberta comptait 49 640 praticiens dans le domaine de la santé. Collectivement, ces professionnels comptent pour environ la moitié du personnel total employé dans la province.

L'Alberta est déterminée à s'assurer que les Albertains ont accès aux nouvelles technologies et aux nouveaux services dans le domaine de la santé, et que l'introduction de ces technologies et services s'appuie sur des données cliniques et économiques qui justifient les avantages et les coûts. L'Alberta Health Technologies Decision Process et l'Alberta Advisory Committee on Health Technologies ont été établis pour appuyer les décisions relatives à la couverture et au financement au niveau provincial des technologies et services non pharmaceutiques selon un processus fondé sur des données probantes.

Les régions régionales de la santé doivent élaborer des plans d'immobilisations dans le cadre des plans d'activités annuels qu'elles présentent au ministre de la Santé et du Mieux-

être. En 2005-2006, le financement des régies régionales de la santé et des conseils provinciaux (comprenant les services hospitaliers, l'équipement médical et les services offerts pour l'ensemble de la province) s'est élevé à 6,2 milliards de dollars.

Le gouvernement de l'Alberta s'est engagé à investir 2,26 milliards de plus dans l'infrastructure de la santé en 2005-2006. La province pourra ainsi continuer à préserver et à développer l'infrastructure, et donc à améliorer l'accès aux services de santé. Le plan d'immobilisations provincial actuel prévoit l'ajout de près de 2 200 lits de soins actifs dans divers hôpitaux à la grandeur de la province au cours des dix prochaines années, ainsi que l'augmentation ciblée de la capacité dans des domaines comme la chirurgie, le diagnostic, les soins ambulatoires et les soins d'urgence.

Le Mental Health Innovation Fund (établi pour une durée de trois ans) a permis de renforcer les services de santé mentale en Alberta en finançant 36 nouveaux projets allant de programmes de proximité à des services de soins de jour et d'intervention en cas de crise. Les projets permettront d'offrir divers services dans toute la province, dont un service d'action directe en santé mentale pour les personnes âgées dans la région sanitaire de Chinook, un programme de services de santé mentale pour les enfants qui en ont grand besoin et leurs familles dans la région sanitaire de Calgary, un centre de soins de jour et d'apprentissage pour les adolescents à Red Deer, et des services d'intervention en cas de crise dans les communautés rurales et autochtones.

L'Alberta assure le suivi des temps d'attente (interventions urgentes mises à part, les patients étant pris en charge sans délai) sur le registre des listes d'attente. Le registre fournit des renseignements sur les temps d'attente pour les chirurgies de remplacement du genou ou de la hanche, l'opération de la cataracte, la chirurgie cardiaque, l'IRM et la tomodensitométrie (CT), en milieu hospitalier ou communautaire. On peut consulter le registre à :

www.ahw.gov.ab.ca/waitlist/WaitListPublicHome.jsp

Le « Access Standards Gating Framework » est un outil qui a été mis au point pour aider des secteurs choisis des services de santé à réduire graduellement les temps d'attente. Les moyens pris en ce sens incluent l'établissement de normes ainsi que l'essai et l'adoption de nouvelles voies thérapeutiques dans six secteurs de services : cardiologie, santé mentale des enfants, IRM/CT, cancer du sein et

de la prostate, remplacements de la hanche et du genou, et restauration de la vue. La phase de mise en œuvre est plus ou moins avancée selon le service.

Le projet pilote « Alberta Hip and Knee Replacement » a été lancé en avril 2005. Il mettait à l'essai une nouvelle voie thérapeutique pour assurer un meilleur accès à l'arthroplastie totale de la hanche ou du genou et améliorer la prestation des soins d'orthopédie. Les régions sanitaires de la capitale, de Calgary et David Thompson ont participé au projet pilote, de même que l'Alberta Medical Association, l'Alberta Orthopaedic Society et l'Alberta Bone and Joint Health Institute. Selon les résultats préliminaires, les temps d'attente ont été réduits avant la première consultation en orthopédie ainsi qu'entre la première consultation en orthopédie et la chirurgie, la durée du séjour à l'hôpital a été écourtée, et la satisfaction des patients et des médecins sondés à l'égard des soins fournis était en hausse.

5.3. Accès aux services de médecin et aux services de chirurgie dentaire assurés

Le ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta a travaillé avec les régies de la santé pour établir des stratégies de planification du personnel de santé. Des définitions de données ont été établies et les régies de la santé fournissent désormais des informations et des statistiques sur le personnel de santé pour aider à suivre et à évaluer les besoins en fait de personnel de santé. Certaines des mesures prises par le ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta pour améliorer l'accès aux services de médecin et réduire les temps d'attente comprennent les suivantes :

- Les subventions aux programmes de formation en résidence en médecine communautaire dans la province ont été renouvelées pour appuyer la formation de futurs médecins de santé publique. Des stages de formation au ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta ont été offerts aux étudiants et aux résidents en médecine afin de mettre en valeur et de rehausser l'important rôle de la santé publique, d'enrichir la formation dans le domaine de la santé publique, et d'améliorer la collaboration entre la santé publique et les domaines connexes.
- Trois millions de dollars ont été consacrés à l'Alberta International Medical Graduate Program, ce qui a permis de créer jusqu'à 14 postes de résidence de plus

pour des médecins formés à l'étranger qui vivent maintenant dans la province.

- Le Telehealth Clinical Services Grand Fund a aidé à appuyer 21 initiatives de télésanté à la grandeur de la province. Le fonds finance de nouveaux programmes de télésanté qui permettent aux Albertains, où qu'ils habitent, d'avoir accès aux professionnels et aux spécialistes médicaux dont ils ont besoin. Les programmes qui ont été subventionnés s'inscrivent dans une vaste gamme de domaines, comme la psychiatrie des adolescents, le renoncement au tabac, la cardiologie, la santé en milieu rural et la prise en charge des maladies chroniques.
- Le Physician Locum Services a permis le remplacement de médecins de famille et de spécialistes au cours de fins de semaine ou pour de courtes périodes en réponse à plus de 1 100 demandes de médecins de milieu ruraux de l'Alberta. Ces remplacements aident à maintenir la continuité et la commodité des services médicaux pour les Albertains vivant en milieu rural.
- Dans le cadre d'un effort global visant à former, à recruter et à maintenir en poste des médecins prêts à exercer dans des zones rurales de l'Alberta, un nouveau programme de l'Alberta Rural Physician Action Plan a permis d'offrir 10 bourses à des étudiants en médecine des régions rurales de l'Alberta. Le programme prend en charge les frais de scolarité de ces étudiants pendant toutes leurs études en médecine. Jusqu'à 10 bourses continueront d'être offertes chaque année à des étudiants de milieu rural de l'Alberta qui fréquentent des écoles de médecine de la province en échange d'un engagement de cinq ans à exercer dans une région rurale de l'Alberta après leurs études.
- Dix postes de premier échelon ont été ajoutés à l'Alberta Rural Family Medical Network (ce qui porte le nombre à 30 par année) afin de placer plus de résidents en médecine dans les régions rurales de l'Alberta, pour les préparer à y exercer après leurs études.

5.4 Rémunération des médecins

La plupart des médecins albertains sont rémunérés par le régime d'assurance-maladie de l'Alberta selon le mode traditionnel de rémunération à l'acte, qui est fonction du volume. Les régimes prévoyant d'autres modes de rémunération et les réseaux de soins primaires 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 les régies régionales de la santé. Cet accord prévoit 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 spécialistes, 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 retenir leurs services. 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. À l'heure actuelle, 26 AMR sont en vigueur en Alberta, et cinq autres AMR universitaires ont été établis à Edmonton et à Calgary. Ces AMR prennent en compte l'enseignement et d'autres services en milieu universitaire.

Cet accord autorise également les médecins de famille à établir des partenariats avec les autorités de leurs régions sanitaires pour créer des réseaux de soins primaires appelés à gérer l'accès à toute heure du jour aux services de première ligne. En mars 2006, il y avait 14 réseaux de soins primaires en activité, dont faisaient partie 550 médecins de famille et qui servaient plus de 700 000 patients. Les réseaux de soins primaires œuvrent 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, par exemple 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 à l'intérieur 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-maladie de l'Alberta reçoivent de celui-ci une rémunération à l'acte, donc qui est fonction du volume. Le ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta établit les tarifs par voie de consultation avec l'Alberta Dental Association and College.

5.5 Paiements aux hôpitaux

En Alberta, le financement par capitation est la formule retenue pour fournir aux régions régionales de la santé l'argent requis pour assurer la prestation de la plupart des services hospitaliers. Les régions régionales reçoivent également une subvention pour les services de soins de santé mentale fournis dans les hôpitaux psychiatriques et les services de santé mentale communautaires. Les régions sanitaires de la capitale et de Calgary reçoivent des fonds pour fournir des services hautement spécialisés à tous les habitants de la province. Pour sa part, l'Alberta Cancer Board reçoit des fonds de subventions pour la prestation de services assurés dans les centres anticancéreux et le paiement des services d'oncologie reçus dans les hôpitaux régionaux. Les régions régionales de la santé et l'Alberta Cancer Board doivent planifier l'allocation du financement des services hospitaliers assurés selon les évaluations des besoins régionaux et les plans de santé.

6.0 Reconnaissance accordée aux transferts fédéraux

Dans le rapport annuel du Ministère, les états financiers consolidés indiquent les contributions fédérales versées au titre du Transfert canadien en matière de santé (TCS). Le rapport annuel de 2005-2006 du ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta est affiché à l'adresse suivante : www.health.gov.ab.ca/resources/ar06.html

7.0 Services de santé complémentaires

L'Alberta assure également la couverture totale ou partielle de services de santé non obligatoires aux termes de la *Loi canadienne sur la santé*. Ces services incluent les soins à domicile et les soins de longue durée; les services de santé mentale; les services de dentisterie, de denturologie et d'optométrie pour les bénéficiaires de la pension aux personnes veuves de l'Alberta et leurs personnes à charge; les soins palliatifs; les programmes d'immunisation pour les enfants; les services paramédicaux (p. ex. optométrie) pour les personnes de moins de 19 ans et de plus de 64 ans; les services de chiropractie et de podiatrie; et les médicaments et autres prestations par l'entremise de la Croix-Bleue de l'Alberta.

Personnes inscrites					
	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006 ¹
1. Nombre total de personnes inscrites au 31 mars.	3 072 384	3 124 487	3 165 157	3 210 035	3 275 931

Services hospitaliers assurés dans la province ou le territoire					
Établissements publics	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006 ¹
2. Quantité :					
a. soins actifs	103	100	102	101	101
b. soins chroniques	106	110	107	106	103
c. soins de réadaptation	1	1	1	1	1
d. autres	3	3	3	3	3
e. total	213	214	213	211	208
3. Paiements (\$) :					
a. soins de courte durée	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
b. soins chroniques	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. soins de réadaptation	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. autres	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
e. total	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
Établissements privés à but lucratif	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006 ¹
4. Quantité :					
a. installations chirurgicales	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible ²
b. établissements d'imagerie diagnostique	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible ²
c. total	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible ²
5. Nombre de services hospitaliers assurés qui sont fournis :					
a. installations chirurgicales	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
b. établissements d'imagerie diagnostique	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. total	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
6. Paiements totaux destinés aux (\$) :					
a. installations chirurgicales	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
b. établissements d'imagerie diagnostique	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. total	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible

1. Chiffres préliminaires en attendant la parution du rapport *Alberta Health Care Insurance Plan Statistical Supplement*.

2. Ces données sont disponibles sur le site Web du College of Physicians and Surgeons of Alberta à www.cpsa.ab.ca/home/home.asp.

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire					
	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006 ³
7. Nombre de médecins participants :					
a. omnipraticiens	2 746	2 841	2 937	3 026	3 122
b. spécialistes	2 333	2 365	2 426	2 475	2 463
c. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. total	5 079	5 206	5 363	5 501	5 585
8. Nombre de médecins qui ont opté pour le retrait du régime d'assurance-maladie :					
a. omnipraticiens	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
b. spécialistes	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
c. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. total	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
9. Nombre de médecins qui ne participent pas :					
a. omnipraticiens	0	0	0	0	0
b. spécialistes	0	0	0	0	0
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	0	0	0	0	0
10. Services fournis grâce à toutes les méthodes de paiement :					
a. nombre de services	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
b. paiements totaux	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
11. Nombre de services offerts grâce au paiement à l'acte :					
a. omnipraticiens	16 132 591	16 450 512	16 924 877	17 973 020	18 725 190
b. spécialistes	11 710 080	12 878 411	13 119 523	13 710 640	14 702 908
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	27 842 671	29 328 923	30 044 400	31 683 660	33 428 098
12. Versements totaux pour les médecins grâce au paiement à l'acte (\$) :					
a. omnipraticiens	474 076 958	543 635 736	564 936 923	596 936 029	651 131 259
b. spécialistes	587 092 735	681 990 901	707 843 059	751 788 155	821 502 795
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	1 061 169 693	1 225 626 637	1 272 779 982	1 348 724 184	1 472 634 054
13. Quantité de services fournis grâce au paiement à l'acte :					
a. médicaux	20 647 611	21 153 134	21 680 907	22 640 833	23 436 946
b. chirurgicaux	1 396 422	2 417 363	2 513 638	3 043 454	3 560 240
c. diagnostics	5 798 638	5 758 426	5 849 855	5 999 373	6 430 912
d. autres	0	0	0	0	0
e. total	27 842 671	29 328 923	30 044 400	31 683 660	33 428 098
14. Paiements totaux effectués aux médecins grâce au paiement à l'acte (\$) :					
a. médicaux	684 971 654	788 450 446	816 374 918	856 868 540	936 361 692
b. chirurgicaux	164 427 152	190 259 821	196 291 136	209 890 970	226 799 013
c. diagnostics	211 770 887	246 916 370	260 113 928	281 964 674	309 473 349
d. autres	0	0	0	0	0
e. total	1 061 169 693	1 225 626 637	1 272 779 982	1 348 724 184	1 472 634 054

3. Chiffres préliminaires en attendant la parution du rapport *Alberta Health Care Insurance Plan Statistical Supplement*.

Services assurés offerts aux résidents dans une autre province ou un autre territoire					
Hôpitaux	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006 ⁴
15. Nombre total de demandes, malades hospitalisés.	4 205	4 275	4 651	4 550	4 508
16. Nombre total de demandes, consultations externes.	61 230	67 975	68 469	72 495	77 438
17. Paiements totaux, malades hospitalisés (\$).	12 328 205	15 753 884	19 411 517	20 139 919	21 080 232
18. Paiements totaux, consultations externes (\$).	7 115 105	7 953 195	7 982 851	11 473 142	12 820 959
19. Paiement moyen, malades hospitalisés (\$).	2 931,80	3 685,12	4 173,62	4 426,36	4 676,18
20. Paiement moyen, consultations externes (\$).	116,20	117,00	116,59	158,26 ²	165,56
Médecins	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006 ⁴
21. Quantité de services.	493 798	559 503	485 841	444 884	479 029
22. Paiements totaux (\$).	11 998 825	13 880 981	15 139 409	15 871 755	17 745 928
23. Paiement moyen par service (\$).	24,30	24,81	31,16	35,68	37,05

Services assurés offerts à l'extérieur du Canada					
Hôpitaux	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006 ⁴
24. Nombre total de demandes, malades hospitalisés.	4 457	3 698	3 319	4 266	4 124
25. Nombre total de demandes, consultations externes.	3 942	3 739	3 405	4 089	3 918
26. Paiements totaux, malades hospitalisés (\$).	416 635	340 169	300 233	381 217	379 710
27. Paiements totaux, consultations externes (\$).	309 119	206 684	212 949	227 609	222 896
28. Paiement moyen, malades hospitalisés (\$).	93,48	91,99	90,46	89,36	92,07
29. Paiement moyen, consultations externes (\$).	78,42	55,28	62,54	55,66	56,89
Médecins	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006 ⁴
30. Quantité de services.	22 928	21 289	20 753	26 017	24 944
31. Paiements totaux (\$).	1 043 997	976 232	963 299	1 208 422	1 049 384
32. Paiement moyen par service (\$).	45,53	45,86	46,42	46,45	42,07

Services chirurgicaux et dentaires assurés dans la province ou le territoire					
	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006 ⁴
33. Nombre de dentistes participants.	250	234	216	216	230
34. Nombre de services fournis.	14 585	16 759	14 802	14 658	17 007
35. Paiements totaux (\$).	2 167 898	2 394 458	2 404 042	2 843 638	3 275 978
36. Paiement moyen par service (\$).	148,64	142,88	162,41	194,00	192,63

4. Chiffres préliminaires en attendant la parution du rapport *Alberta Health Care Insurance Plan Statistical Supplement*.

Colombie-Britannique

Introduction

La Colombie-Britannique a un système de soins de santé intégré 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. Il s'articule autour d'une structure régionale faisant appel à nombre de professionnels de la santé et de professions réglementées pour la prestation de soins de qualité, accessibles et abordables à tous les Britanno-Colombiens.

Les cinq régions régionales de la santé de la Colombie-Britannique sont responsables de la gestion et de la prestation d'une gamme de services de santé, dont des services de protection et de promotion de la santé, des soins primaires, des services hospitaliers, des soins à domicile et en milieu communautaire, des services de santé mentale et de toxicomanie, et des soins de fin de vie. En plus des régions régionales de la santé, une région provinciale des services de santé a la responsabilité de voir à ce que la population de la Colombie-Britannique ait accès à un réseau coordonné de services de santé spécialisés de haute qualité, comme des soins pour le cancer, des services de cardiologie spécialisés et des transplantations.

Les régions régionales obtiennent des engagements financiers valables pour trois ans, mais mis à jour annuellement, afin qu'il soit possible de planifier et d'agir avec plus de certitude. Elles doivent rendre compte de leur gestion au gouvernement aux termes d'ententes sur le rendement qui définissent les attentes et les réalisations attendues à ce chapitre pendant les trois exercices visés. Les ententes prévoient également les changements importants à apporter dans des secteurs de services comme les soins d'urgence, les services de chirurgie, les soins à domicile et en milieu communautaire, la santé publique, les soins de santé préventifs et la santé mentale, et les services de toxicomanie.

Dans l'ensemble, la Colombie-Britannique a réalisé des progrès considérables dans la refonte de son système de santé, et elle a été reconnue en 2005-2006 comme un chef de file national en matière de soins de santé par le Conference Board du Canada et par la Cancer Advocacy Coalition. Selon le Conference Board, c'est le système de santé de la Colombie-Britannique qui offre le meilleur rendement dans l'ensemble. De son côté, la Cancer Advocacy Coalition a fait savoir que c'est en Colombie-Britannique que l'accès aux médicaments anticancéreux est le plus rapide et que les patients s'en tirent le mieux.

Activités en 2005-2006

Depuis 2001, de nombreux changements ont été apportés au système de santé de la Colombie-Britannique afin que soient améliorés les services de santé et que le système soit viable à l'avenir. Ces efforts se sont poursuivis tout au long de l'exercice 2005-2006.

Des tendances à l'échelle du pays, y compris en Colombie-Britannique, soumettent les systèmes de santé à des pressions sans précédent. Le manque d'activité physique et les taux croissants d'obésité, de même que le tabagisme et l'usage abusif de substances, nuisent à la santé des personnes et font augmenter la demande de services de santé. En outre, la Colombie-Britannique a une population vieillissante chez qui la prévalence des maladies chroniques augmente, qui se traduit par une demande accrue de services de santé plus complexes et onéreux.

Les réformes en profondeur et l'introduction de nouvelles initiatives se sont poursuivies dans tous les secteurs du système, le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique collaborant avec les régions régionales et les professionnels de la santé pour bâtir un système qui répond aux besoins des Britanno-Colombiens. En 2005-2006, le Ministère a lancé, poursuivi ou amélioré un certain nombre de stratégies dans tout le continuum des services de santé, c'est-à-dire santé et sécurité de la population, soins primaires, prise en charge des maladies chroniques, assurance-médicaments, services ambulanciers, programmes de santé mentale et de toxicomanie en milieu communautaire; 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 continué à travailler à des stratégies visant à assurer un effectif suffisant de professionnels de la santé qualifiés pour fournir les services dans tout le continuum des soins.

Pour appuyer les réformes en santé et répondre à la demande accrue de services, le budget de la santé en Colombie-Britannique a été augmenté en 2005-2006, avec comme résultat une augmentation sans précédent du nombre de chirurgies et de prestations de services prises en charge par le système de santé de la province. Cette mesure a été bénéfique, mais la viabilité du système et sa capacité de répondre aux besoins des personnes exigeront une refonte au profit de l'état de santé et de l'amélioration de la qualité. En conséquence, la Colombie-Britannique a continué à travailler pour améliorer le système de santé et faire en sorte qu'il soit centré sur les patients, accessible et viable à long terme.

Réalisations importantes en 2005-2006

Travailler pour garder les gens en santé : En 2005-2006, le ministère de la Santé a lancé des initiatives de promotion de la santé et de prévention des maladies qui permettront d'améliorer l'état de santé et de bien-être des Britanno-Colombiens.

En 2005-2006 :

- Le Ministère a continué d'appuyer *ActNow BC*, programme pansectoriel primé de promotion des modes de vie sains, de prévention des maladies et de mobilisation des collectivités, qui fournit aux personnes l'information, les ressources et le soutien les aidant à adopter des modes de vie sains;
 - Dans le cadre d'*ActNow BC*, le Ministère a investi dans la promotion de la santé, en vertu de partenariats avec la BC Healthy Living Alliance (25,2 millions de dollars pour donner suite aux recommandations contenues dans son rapport, *The Winning Legacy: A Plan for Improving the Health of British Columbians by 2010*), et en vertu de *2010 Legacies Now* (4,8 millions de dollars pour appuyer l'activité physique et des modes de vie sains).
 - Dans le cadre d'*ActNow BC*, le Ministère a investi dans les sports scolaires en Colombie-Britannique pour aider à améliorer la santé des enfants de la province (p. ex. soutien d'*Action Schools! BC*; achat de nouveaux équipements de conditionnement physique; création d'un réseau provincial d'écoles santé; et financement de comités bénévoles chargés d'organiser des championnats zonaux et provinciaux pour plus de 400 écoles).
- Dans le cadre d'*ActNow BC*, le Ministère a investi dans un site Web public qui offre des renseignements et des ressources pour aider les personnes à choisir des modes de vie sains.
- Le Ministère a mis en vigueur des lignes directrices pour les ventes de nourriture et de boissons dans les écoles afin d'éliminer la malbouffe et d'améliorer la santé et le rendement des étudiants.
- Le Ministère a modifié la *Loi sur les ventes de tabac* afin de mieux prévenir l'accès aux produits du tabac par les adolescents. Lorsque la loi sera adoptée, la Colombie-Britannique deviendra la première province à disposer d'un processus administratif permettant l'imposition de sanctions financières pour les contraventions à la loi sur le tabac.
- Le Ministère s'est joint au BC Centre for Disease Control pour concevoir et lancer un site Web détaillé afin d'aider les familles, les collectivités et les organisations à se préparer à la pandémie d'influenza.
- Le Ministère est venu en aide aux usines de transformation de viande pour aider l'industrie à répondre aux nouvelles exigences d'un système provincial d'inspection des viandes qui assurera la sécurité des aliments et la confiance continue du public à l'égard des approvisionnements alimentaires
- En janvier 2005, le Ministère a changé l'âge auquel les enfants sont vaccinés contre la varicelle. Au lieu d'être vaccinés avant leur entrée à l'école, les enfants seront maintenant vaccinés vers l'âge de un an. Adoptée en 2005-2006, cette mesure assurera une meilleure protection contre la maladie.
- Depuis juin 2005, tous les nouveau-nés en Colombie-Britannique peuvent être vaccinés contre le méningocoque de type C.
- Le Ministère a investi un million de dollars de plus dans une campagne de sensibilisation visant à inciter plus de femmes à subir une mammographie.
- Le Ministère a remis 5 millions de dollars à l'Union des municipalités de la Colombie-Britannique pour dynamiser la participation des administrations locales à la création de communautés en santé.
- Le Ministère a augmenté de 8 millions de dollars le budget de base pour des programmes de santé publique. D'autres augmentations de 8 millions de dollars sont prévues en 2006 et également en 2007.

Amélioration de l'accès : L'accès a été amélioré dans tous les secteurs, de la réduction des temps d'attente à l'amélioration des possibilités de recherche.

En 2005-2006 :

- Le Ministère a dépensé 11,4 milliards de dollars pour 2005-2006, dont 6,6 milliards, un sommet, ont été affectés aux six régies régionales de la province.
- S'est engagé à réaliser d'importants investissements sur une période de trois ans dans la « cybersanté » pour améliorer les soins aux patients et aider les professionnels de la santé à fournir des traitements plus rapides et plus efficaces aux patients.
- Le Ministère a lancé une importante initiative afin de réduire les temps d'attente pour les chirurgies de la hanche et du genou et de maximiser le nombre d'interventions. Cette stratégie comprend un nouveau centre d'innovation chirurgicale à l'Université de la Colombie-Britannique, l'injection de fonds pour réduire les arriérés grâce à un registre provincial des patients en attente de chirurgie, et un centre de recherche pour la santé de la hanche à l'Hôpital général de Vancouver.
- Le Ministère a établi un programme de formation en réanimation cardiopulmonaire dans les écoles secondaires de la Colombie-Britannique, qui a permis à plus de 120 enseignants d'écoles secondaires de dispenser cette formation à 5 900 étudiants de dixième année.
- Le Ministère s'est engagé à investir plus de 35 millions de dollars par année pendant trois ans pour améliorer l'accès aux soins dentaires pour les jeunes enfants et les familles à faible revenu.
- Le Ministère a dépensé 3,5 millions de dollars afin d'étendre les services de diagnostic et d'évaluation pour les enfants qui ont des besoins particuliers, y compris ceux qui présentent des troubles causés par l'alcoolisation foetale.

Amélioration de la qualité des services de santé en 2005-2006 : Un certain nombre d'importantes initiatives visant à améliorer la qualité des services de santé ont été lancées dans tous les secteurs du système. Les innovations, les intégrations de services et l'adoption de pratiques exemplaires éprouvées pour le traitement des états

pathologiques contribuent à l'amélioration de l'état de santé des Britanno-Colombiens.

En 2005-2006 :

- Le Ministère a affecté 78 millions de dollars à la recherche en santé par l'entremise de la Michael Smith Foundation, à répartir entre un nombre record de 170 étudiants des cycles supérieurs et boursiers postdoctoraux dans tout le spectre de la recherche en santé, y compris la prévention des fractures de la hanche, les nouvelles méthodes de diagnostic du cancer et l'approfondissement des connaissances sur la physiologie du cerveau.
- Le Ministère a reconnu le premier groupe d'infirmières praticiennes de la Colombie-Britannique et a créé le College of Registered Nurses of British Columbia comme organe directeur pour toutes les infirmières autorisées.
- Le Ministère a publié une nouvelle version du BC HealthGuide, qui contient des renseignements nouveaux et révisés du point de vue médical et aborde plus de sujets d'intérêt pour la santé des personnes âgées.
- Le Ministère a étendu le Loan Forgiveness Program (programme de remise de prêt) afin d'inclure les infirmières praticiennes qui choisissent d'exercer en milieu rural ou dans le Nord de la province.
- Le Ministère a affecté 8 millions de dollars de plus à la poursuite de la lutte contre la dépendance au cristal meth par l'ajout de lits et de programmes de traitement.

D'autres projets sont en cours, notamment l'élaboration du dossier électronique de santé, qui se traduira par des gains d'efficacité et de sécurité en permettant aux fournisseurs de soins d'avoir accès, au moyen d'une technologie Web, à de l'information clinique, comme le profil médicamenteux d'un patient ainsi que ses résultats d'analyses de laboratoire ou d'autres explorations.

Investir dans la viabilité à long terme : Investir dès maintenant et de façon opportune dans les secteurs stratégiques assurera la viabilité à long terme du système de santé. Les investissements dans l'infrastructure et les ressources humaines en santé, seul ou en partenariat, sont une des grandes priorités du gouvernement.

En 2005-2006 :

- Le Ministère a investi 45 millions de dollars de plus dans la stratégie provinciale en matière de soins infirmiers pour former, recruter et retenir plus d'infirmières. Le financement sera affecté à la formation de gestionnaires de services de première ligne, à l'extension du programme de premier cycle en sciences infirmières pour venir en aide aux infirmières-étudiantes en stage, à l'enseignement spécialisé et à des mesures visant à accroître le nombre d'infirmières autochtones en Colombie-Britannique, et à l'intégration continue des infirmières praticiennes dans le système de santé de la province.
- Le Ministère a terminé la rénovation et le réaménagement, au coût de 6,9 millions de dollars, des secteurs occupés par les patients hospitalisés à l'Hôpital pour enfants de la Colombie-Britannique, de manière à permettre au personnel de fournir des soins plus sûrs et plus efficaces aux enfants et aux adolescents de toute la province.
- Le Ministère a doublé le financement destiné à appuyer des projets novateurs qui aident les étudiants dans le domaine des soins de santé à acquérir une expérience pratique.
- Le Ministère a inauguré le premier appareil servant à la tomographie par émission de positrons et à la tomographie par ordinateur, financé par le système de santé public au Centre of Excellence for Functional Cancer Imaging (BC Cancer Agency). L'appareil permettra aux médecins de mieux diagnostiquer la maladie et de mieux la prendre en charge.
- Le Ministère a annoncé l'Okanagan Medical Program, qui fera augmenter de 30 le nombre de places à l'école de médecine de l'Université de la Colombie-Britannique en 2009-2010.
- Le Ministère a investi 400 000 \$ dans un partenariat qui encourage la collaboration entre les étudiants et les praticiens de différentes disciplines de la santé pour améliorer les soins aux patients. Le financement de l'Interprofessional Network of British Columbia s'étale sur quatre ans et sert à des projets dans une vaste gamme de disciplines, p. ex. médecine, soins infirmiers, travail de sage-femme, pharmacie, services de réadaptation et travail social.
- Le Ministère a transféré 25 lits de soins actifs tertiaires en neuropsychiatrie de l'Hôpital Riverview vers un

nouvel établissement de santé mentale de 44 lits à Kamloops.

- Le Ministère a continué de planifier, de bâtir et de livrer des options d'hébergement et de soins supplémentaires, par exemple :
 - 4 millions de dollars pour une résidence-services de 17 unités à Burns Lake;
 - 7,7 millions de dollars pour une résidence-services de 30 unités à Salt Spring Island;
 - un projet de résidence-services de 154 unités à Surrey;
 - 8 millions de dollars pour une résidence-services de 40 unités à Powell River;
 - un projet de résidence-services de 104 unités à Abbotsford;
 - une résidence-services de 25 unités dans Lake Country (Oyama, Winfield, Carr's Landing, et Okanagan Centre);
 - 70 lits de soins en établissement à la Residence, à Morgan Heights;
 - une résidence-services de 36 unités à Haro Park, Vancouver;
 - un établissement de soins multiniveaux de 87 lits à Ladysmith;
 - une nouvelle résidence de 20 unités pour personnes âgées à Ucluelet;
 - une résidence-services de 66 unités à Chilliwack;
 - deux nouveaux appartements-services à Fort St. James;
 - un projet résidentiel de 70 unités avec services pour personnes âgées, dans le cadre du réaménagement au coût de 10,6 millions de dollars de Rose Manor à Victoria;
 - un établissement de soins de fin de vie de 10 lits à Richmond; et
 - un engagement à terminer des centres de soins palliatifs de 10 chambres à Chilliwack, à Mission, à Surrey, à Maple Ridge et à Langley.

Des renseignements sur la santé et les services de santé en Colombie-Britannique sont fournis à :

www.gov.bc.ca/healthservices

1.0 Gestion publique

1.1 Régime d'assurance-maladie et autorité publique

Le régime d'assurance-maladie de la Colombie-Britannique (Medical Services Plan – MSP) est administré par le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique. Sont assurés en vertu du régime les services médicalement nécessaires fournis par des médecins et d'autres professionnels de la santé, les services de laboratoire et les actes diagnostiques. Le ministère de la 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*; 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) gère le régime d'assurance-maladie au nom du gouvernement de la Colombie-Britannique, conformément au *Medicare Protection Act* (article 3) et à son *Règlement*. 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, de la manière prévue dans la *Loi*, un accès raisonnable à des soins médicaux, à des soins de santé et à des services diagnostiques de qualité dans toute la province pour tous les citoyens de la Colombie-Britannique couverts par le régime.

La MSC est un organisme de neuf membres constitué par une loi qui comprend trois représentants du gouvernement, trois représentants de l'Association médicale de la Colombie-Britannique (BCMA) et trois représentants du public choisis par l'association et le gouvernement pour représenter les bénéficiaires du régime.

1.2 Liens hiérarchiques

La MSC rend des comptes au gouvernement de la Colombie-Britannique par l'entremise du ministère de la 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. Ils sont disponibles en septembre pour l'exercice financier précédent, et on y trouve la liste alphabétique des paiements de la Commission aux praticiens, aux groupes, aux cliniques, aux hôpitaux et aux centres de diagnostic.

Le ministère de la Santé fournit des renseignements détaillés dans son 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.

Le ministère de la Santé rend des comptes au moyen de diverses publications, dont les suivantes :

- le rapport annuel du Ministère sur le régime d'assurance-maladie;
- le rapport annuel sur le rendement des régies de la santé;
- le rapport sur les indicateurs comparables de la santé au niveau national;
- le rapport annuel du médecin-hygiéniste de la province (sur la santé de la population).

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 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

a) Le régime d'assurance-maladie de la Colombie-Britannique exige que les citoyens admissibles paient des primes. Ces primes sont prélevées par le ministère de la Petite Entreprise et du Revenu.

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 de la Petite Entreprise et du Revenu). 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, soit 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 la liberté de l'information : *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.

Les lois habilitantes sont les suivantes :

- la *Medicare Protection Act* (Colombie-Britannique), Partie 2 – Bénéficiaires, article 8;
- le *Medical and Health Care Services Regulation* (Colombie-Britannique) Partie 3 – Primes.

b) À compter du 1^{er} avril 2005, le ministère de la Santé a passé un contrat à MAXIMUS BC pour la gestion du régime d'assurance-maladie et de Pharmacare (y compris la réponse aux demandes de renseignements du public, l'inscription des clients et le traitement des réclamations au titre de frais médicaux et pharmaceutiques des professionnels de la santé). Ce nouvel organisme s'appelle Health Insurance BC (HIBC). Les fonctions de politique

et de prise de décisions continuent de relever du ministère de la Santé.

- Le contrat avec Maximus BC est rendu possible par l'entremise de la Medical Services Commission (la MSC est habilitée à gérer le régime d'assurance-maladie au nom du gouvernement de la Colombie-Britannique).
- Health Insurance BC présente des rapports mensuels au ministère de la Santé sur les niveaux de service au public et aux prestataires de soins de santé.
- Health Insurance BC publie sur son site Web des rapports trimestriels sur les niveaux de service clés.
- Health Insurance BC impute les paiements sur les prestations approuvées par le ministère de la Santé. Le Ministère approuve tous les paiements avant qu'ils ne soient émis.

2.0 Intégralité

2.1 Services hospitaliers assurés

La *Hospital Act* et le *Hospital Act Regulation* confèrent au ministre le pouvoir de désigner des établissements comme hôpitaux, d'accorder des permis à des hôpitaux privés, d'approuver les règlements des hôpitaux, d'inspecter les hôpitaux, et de nommer un administrateur public. La *Loi* et le *Règlement* fixent également les paramètres généraux du fonctionnement des hôpitaux.

La *Hospital Insurance Act* confère au ministre 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.

Aucune modification n'a été apportée à la *Hospital Act* ni à la *Hospital Insurance Act* ou à leurs règlements en 2005-2006.

En 2005-2006, un total of 137 établissements étaient désignés comme des hôpitaux, soit les suivants :

- 82 hôpitaux de soins actifs (hôpitaux communautaires, grands hôpitaux de soins tertiaires et d'enseignement);
- 19 hôpitaux de soins de longue durée;
- 4 hôpitaux de réadaptation;

- 32 autres hôpitaux (c'est-à-dire centres de diagnostic et de traitement, cliniques d'avortement autonomes, centres anticancéreux, etc.) (Nota : le nombre total d'hôpitaux est le même que l'an dernier, mais les groupements ont changé pour correspondre aux catégories demandées par Santé Canada).

Les services hospitaliers sont assurés lorsqu'ils sont fournis à un bénéficiaire, dans un hôpital public, et sont jugés médicalement nécessaires par le médecin, l'infirmière praticienne ou la sage-femme de service. Ces services sont fournis sans frais aux bénéficiaires, si ce n'est de frais excrémentiels 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 au titre 5 des *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 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 lésion ou une incapacité; les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes; les fournitures chirurgicales courantes; l'usage des salles d'opération, de travail et d'anesthésie, y compris le matériel et les fournitures nécessaires; l'usage des installations de radiothérapie et de physiothérapie; et 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 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 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 lésion ou une incapacité; et d'autres services approuvés par le ministre.

Les services hospitaliers assurés n'incluent pas le transport aller-retour à l'hôpital (toutefois, les transferts en ambulance sont assurés en vertu d'un autre programme du ministère de la Santé, moyennant de légers frais d'utilisation); les services fournis à des non-bénéficiaires (sauf en cas d'urgence); les services ou les traitements qui, après examen des faits médicaux par le ministre ou une personne désignée par le ministre, ne sont pas jugés nécessaires; et les services ou traitements pour une maladie ou un état exclus par règlement du lieutenant-gouverneur en conseil.

Aucun nouveau service hospitalier n'a été ajouté au cours de l'exercice financier.

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*, mais ce processus est décrit ailleurs.

2.2 Services médicaux assurés

La gamme des services de médecin assurés dans le cadre du régime d'assurance-maladie comprend tous les services de diagnostic et de traitement médicalement nécessaires.

Les services médicaux assurés sont fournis conformément à la *Medicare Protection Act* (MPA). 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-maladie, conformément à la MPA et à la *Loi canadienne sur la santé* :

- les services médicalement nécessaires pour les bénéficiaires (résidents de la Colombie-Britannique) fournis par un médecin inscrit au régime d'assurance-maladie;
- les services médicalement nécessaires fournis dans un établissement de diagnostic sous la supervision d'un médecin inscrit.

Le *Medical and Health Care Services Regulation* de la MPA a été adopté au cours de l'exercice financier 2005-2006. Le règlement définit plus en détail les bénéficiaires du régime d'assurance-maladie, les primes à payer et le paiement des prestations.

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-maladie pour recevoir des paiements pour la prestation de services assurés. En 2004-2005, il y avait 8 271 médecins inscrits (ce nombre inclut seulement les généralistes et les spécialistes qui ont facturé à l'acte en 2004-2005) et pratiquant la facturation à l'acte. Il y avait aussi des médecins recevant uniquement un salaire ou rémunérés à la vacation ou en vertu d'ententes contractuelles (conventions de services) avec les régies régionales 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 praticiens non-médecins des soins de santé qui peuvent s'inscrire pour dispenser des services assurés dans le cadre du régime d'assurance-maladie sont les sages-femmes et les chirurgiens-dentistes, les optométristes et les 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 et de podiatrie non chirurgicale. En 2004-2005, 12 363 praticiens étaient inscrits au régime d'assurance-maladie.

Un médecin peut choisir de ne pas s'inscrire auprès de la Medical Services Commission (MSC) 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.

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-maladie une demande de remboursement à l'égard des frais des services assurés reçus.

Au cours de l'exercice financier 2005-2006, les services de médecin ajoutés aux prestations assurées du régime d'assurance-maladie incluent des actes qui reflètent les normes de pratique actuelles dans des spécialités comme l'otorhinolaryngologie, la médecine interne et la radiologie d'intervention, et des technologies montantes comme les consultations de télé-santé, l'endoscopie digestive haute, la capsule-vidéo endoscopique, et la biopsie des ganglions sentinelles.

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, 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.

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-maladie, sur l'avis du Dental Liaison Committee, et doivent être approuvées par la Medical Services Commission. 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 lésions traumatiques; la chirurgie orthognathe; les extractions requises sur le

plan médical; et 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-maladie peut offrir des services de chirurgie dentaire assurés en milieu hospitalier. En 2004-2005, il y avait 228 dentistes (ce nombre comprend seulement les stomatologistes, les chirurgiens-dentistes, les spécialistes de la médecine buccale et les orthodontistes qui ont facturé à l'acte en 2004-2005) inscrits au régime et facturant à l'acte. Il n'y a aucun chirurgien-dentiste désengagé ou non inscrit.

2.4 Services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

Les produits 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 l'hôpital; les traitements pris en charge par la Workers' Compensation Board, le ministère des Anciens combattants ou tout autre organisme; les services visant des fins purement esthétiques; et 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 prosthétique et d'orthodontie; et les services à supplément fournis aux malades dans les unités ou les hôpitaux fournissant des services complémentaires de santé.

Les services non assurés au titre du régime d'assurance-maladie 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; l'acupuncture; les consultations téléphoniques non liées aux visites assurées; le rétablissement de la fécondité; la fécondation in vitro; les services médico-légaux; et 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-maladie par des assureurs privés à des patients à l'égard de services qui sont assurés lorsque fournis par un praticien. L'article 17 interdit d'imposer à une personne des frais à l'égard d'un service assuré ou 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 de la Santé donne suite aux plaintes des patients et prend les mesures qui s'imposent pour corriger les situations qu'on lui signale.

La Medical Services Commission détermine quels services 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, et elle comporte normalement un examen du comité des tarifs de la British Columbia Medical Association. Il n'y a pas eu de services désassurés en 2005-2006.

3.0 Universalité

3.1 Admissibilité

L'admissibilité et l'inscription des bénéficiaires au régime d'assurance-maladie sont définies à l'article 7 de la *Medicare Protection Act*. La partie 2 des *Medical and Health Care Services Regulations*, établi en vertu de cette *Loi*, établit les exigences en matière de résidence. Il faut être un résident de la Colombie-Britannique pour être admissible aux services de santé assurés de la province. Un résident, 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);
- qui établit sa résidence en Colombie-Britannique;
- qui y est effectivement présente au moins six mois par année civile;
- y compris toute personne réputée être un résident au sens du règlement.

Certaines 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 résidents (voir article 3.3 ci-dessous), mais pas les touristes ou les visiteurs en Colombie-Britannique.

Les nouveaux résidents 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 résidents ont droit à l'assurance-hospitalisation et à l'assurance-maladie. Les résidents 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-maladie.

Le régime d'assurance-maladie de la Colombie-Britannique couvre immédiatement après leur cessation d'emploi, ou leur libération, les membres des Forces armées ou de la Gendarmerie Royale du Canada et les détenus des pénitenciers fédéraux. Toutefois, s'ils sont à l'extérieur de la Colombie-Britannique à ce moment, la période d'attente réglementaire s'applique.

3.2 Exigences relatives à l'inscription au régime

Les résidents doivent être inscrits au régime d'assurance-maladie pour recevoir des services médicaux et hospitaliers assurés, et les personnes admissibles sont tenues de s'inscrire. Une fois inscrits, les bénéficiaires reçoivent un numéro d'assurance-maladie personnel unique et une **CareCard**. Il n'y a pas de date d'expiration sur la carte. On recommande aux nouveaux résidents de s'inscrire dès leur arrivée dans la province.

Les bénéficiaires peuvent faire assurer leurs personnes à charge, pour autant qu'elles soient des résidents de la province. Les personnes à charge peuvent être le conjoint ou la conjointe (couple marié ou cohabitant en union libre), un enfant ou un pupille célibataire, dont le titulaire

a la charge et qui a moins de 19 ans, ou moins de 25 ans s'il fréquente une école ou une université à plein temps.

En 2004-2005, 4 253 580 millions d'habitants étaient inscrits au régime d'assurance-maladie. L'inscription à ce régime est obligatoire, conformément à la *Medicare Protection Act* (article 7). Seuls les adultes qui demandent officiellement à ne participer à aucun programme de santé provincial sont exemptés. Un bénéficiaire qui souhaite se retirer du régime d'assurance-maladie peut le faire en remplissant et en présentant le formulaire prévu à cette fin (Election to Opt Out, ETOO). Cette décision est valable pour 12 mois à compter du premier du mois où la demande est reçue, après quoi chaque adulte doit présenter une nouvelle demande pour continuer de ne pas participer au régime.

3.3 Autres catégories de personnes

Les titulaires de permis du ministre, de permis de séjour temporaire, de permis d'études et de permis de travail peuvent avoir droit aux services s'ils sont réputés être des résidents au sens de la *Medicare Protection Act* et de l'article 2 du *Medical and Health Care Regulation*.

3.4 Primes (s'il y a lieu)

L'inscription au régime d'assurance-maladie 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 sont 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. 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 p. 100 à 100 p. 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 de résidence minimale

Les nouveaux résidents 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 résidents 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 des *Medical and Health Care Services Regulations* de la *Medicare Protection Act* prescrivent les règles de la transférabilité des services assurés pour les personnes qui s'absentent temporairement de la Colombie-Britannique. En 2005-2006, il n'y a eu aucune modification des dispositions concernant la transférabilité. L'article 17 de la *Hospital Insurance Act* autorise le ministre de la Santé à conclure un accord avec n'importe quelle autre province pour favoriser des communications et une coopération suivies en matière d'assurance-hospitalisation et à prendre des dispositions pour qu'une personne admissible puisse déménager dans une autre province ou un autre territoire sans cesser d'avoir droit aux services. L'article 24 de la *Hospital Insurance Act* prévoit que les services hospitaliers fournis en dehors de la Colombie-Britannique doivent être remboursés par le Ministère.

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 résidents 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 interprovinciales et interterritoriales, les médecins, à l'exception de ceux du Québec, facturent directement leurs régimes pour les services offerts aux résidents admissibles de la Colombie-Britannique qui ont présenté une carte d'assurance-maladie 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 les salles communes effectivement facturés par l'hôpital. Dans le cas des services hospitaliers 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 2005-2006, le montant payé aux médecins de ces provinces et territoires a été de 25,7 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 devra probablement payer les soins médicaux obtenus et demander à être remboursé plus tard par le régime d'assurance-maladie de la Colombie-Britannique.

La Colombie-Britannique paie les services assurés au taux de la province hôte, conformément aux instructions du Comité de coordination des ententes interprovinciales en assurance-maladie.

À la suite de la modification du *Medical And Health Care Services Regulation* en 2005, les bénéficiaires qui présentent des factures pour des services d'optométrie et de podiatrie reçus en Alberta ou au Yukon, lorsqu'il s'agit de l'endroit le plus proche et le plus pratique en dehors de la Colombie-Britannique, sont remboursés.

4.3 Couverture durant des absences temporaires du Canada

Les dispositions habilitantes qui définissent la transférabilité de l'assurance-maladie au cours des absences temporaires en dehors du Canada sont contenues dans la *Hospital Insurance Act*, article 24; la *Hospital Insurance Act Regulation*, titre 6; la *Medicare Protection Act*, article 51; et 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. Les changements ont pris effet le 18 mars 2005.

Les modifications apportées garantissent que le règlement est conforme à la politique en vigueur, et elles sont censées améliorer l'administration et la prestation des services du régime d'assurance-maladie. Un certain nombre d'autres modifications mineures ont été apportées pour mettre à jour la terminologie et rendre le règlement conforme à la *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés* (loi fédérale).

Les points pertinents sur lesquels portent les modifications sont les suivants :

- Toutes les provinces, sauf le Québec, ont éliminé les limites applicables à la couverture du régime de la Colombie-Britannique pour les étudiants qui étudient à l'étranger, ce qui leur permet de terminer leurs études du premier cycle et des cycles supérieurs. Ce changement place la Colombie-Britannique sur le même pied que les autres provinces et élimine la limite de 60 mois pour les étudiants à temps plein qui fréquentent un établissement d'enseignement hors de la province. Les étudiants doivent être inscrits à l'établissement et le fréquenter.
- En raison de la demande grandissante de main-d'œuvre spécialisée et mobile travaillant à contrat ou ayant des affectations de courte durée, de nombreuses provinces ont porté à 24 mois la période d'absence sans interruption de la couverture de l'assurance-maladie. Les Britanno-Colombiens étaient considérés comme des résidents de la province pendant les 12 premiers mois d'absence, mais les modifications apportées portent cette période à 24 mois. Une seule période d'absence de plus de six mois dans une année civile peut être approuvée par période de cinq ans. La pratique adoptée par la Colombie-Britannique correspond ainsi à celle des autres provinces.

- Les résidents 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 résidents 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 résidents ou réputés être des résidents 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. 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 de médecin exclus aux termes des accords interprovinciaux pour le traitement réciproque des demandes de remboursement des frais médicaux hors province sont les suivants : chirurgie esthétique; chirurgie de réassignation sexuelle; chirurgie visant à rétablir la fécondité; avortements thérapeutiques; examens de santé périodiques, y compris examen des yeux; fécondation in vitro, insémination artificielle; acupuncture, acupressure, électrostimulation transcutanée, moxibustion, biofeedback, hypnothérapie; services aux personnes couvertes par d'autres organismes; GRC, Forces armées, Commission des accidents du travail, ministère des Anciens combattants, Services correctionnels du Canada (pénitenciers fédéraux); services demandés par un « tiers »; conférence(s) d'équipe; dépistage génétique et autres investigations génétiques, y compris sondes ADN; actes encore au stade de l'expérimentation ou du développement; et services anesthésiques et 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 Performance Management and Improvement Division 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, 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.

5.2 Accès aux services hospitaliers assurés

Les infirmières forment le plus important groupe professionnel dans le secteur des soins de santé. En décembre 2005, 30 878 infirmières autorisées avaient un permis d'exercice en Colombie-Britannique. Les hôpitaux de la province emploient également des infirmières psychiatriques autorisées (IPA) et des infirmières auxiliaires autorisées (IAA). En 2005, 2 137 IPA et 5 606 IAA avaient un permis d'exercice dans la province.

En 2005, le gouvernement a affecté des fonds additionnels pour bâtir sur le succès de ses stratégies de recrutement, de maintien en poste et de formation du personnel infirmier partout dans la province. Ce financement porte à 120 millions de dollars les engagements du gouvernement au titre des stratégies pour les soins infirmiers depuis 2001. Les stratégies de la Colombie-Britannique en matière de soins infirmiers sont élaborées et mises en œuvre chaque année par la Direction des soins infirmiers du ministère de la Santé, en consultation avec les parties prenantes, avec l'apport du Comité consultatif sur les soins infirmiers de la Colombie-Britannique, et après un examen des tendances et des politiques nationales. Le cadre général de la stratégie s'articule autour des priorités suivantes :

- planifier les ressources humaines pour assurer le recrutement, le maintien en poste et la formation du personnel infirmier en Colombie-Britannique;
- améliorer le milieu de travail du personnel infirmier en encourageant les régies de la santé et le gouvernement à élaborer des politiques de soins infirmiers judicieuses, en phase avec les derniers résultats de la recherche et les tendances provinciales, nationales et mondiales;
- compiler des données sur les soins infirmiers pour que le Ministère comprenne mieux les tendances et

l'évolution des besoins en matière de soins infirmiers et de soins de santé;

- présenter les soins infirmiers comme une profession de choix, pour assurer la viabilité d'un système de santé de qualité en Colombie-Britannique.

Les programmes suivants ont entre autres été financés en 2005-2006 : Formation de premier cycle en sciences infirmières, Initiatives de perfectionnement en salle d'opération, Formation spécialisée pour infirmières, Fonds d'encouragement au retour à la profession d'infirmière, et Accroissement du nombre d'infirmières praticiennes.

Le 19 août 2005 a marqué l'entrée en vigueur du *Nurses (Registered) and Nurse Practitioners Regulation*. Ce règlement a fait du College of Registered Nurses of British Columbia, créé aux termes de la *Health Professions Act*, l'organisme de réglementation de la profession infirmière. Il autorise également la réglementation de la profession d'infirmière praticienne par le CRNBC et l'exercice de cette profession dans la province. Cette transition a mené à l'abrogation de la *Nurses (Registered) Act* et à la dissolution de la Registered Nurses' Association of British Columbia. En 2005, les premières cohortes d'infirmières praticiennes sont sorties de l'Université de la Colombie-Britannique et de l'Université de Victoria. Parmi ces diplômées, beaucoup occuperont des postes du secteur des soins primaires dans les diverses régions de la province. Un troisième programme de formation des infirmières praticiennes a débuté, à l'Université du Nord de la Colombie-Britannique, à Prince George, en septembre 2005.

Ces dernières années, la province de la Colombie-Britannique a amorcé des changements qui encouragent les investissements stratégiques dans les immobilisations et l'adoption d'approches novatrices permettant de répondre, maintenant et à l'avenir, aux besoins en matière de prestation de services de santé. Le ministère de la Santé a allongé le cycle de planification des immobilisations et recueilli des données plus valables sur les immobilisations pour améliorer la prise de décisions et mieux prévoir les besoins. Il travaille maintenant à se doter d'un horizon de planification des immobilisations sur dix ans, particulièrement efficace dans le cas des grandes infrastructures, comme les hôpitaux, dont le cycle de vie s'étend sur plusieurs décennies. Cet horizon donne également aux régies de la santé plus de temps pour chercher des moyens novateurs de répondre aux besoins en matière d'immobilisations.

Le Ministère alloue aux régies de la santé un financement au titre des immobilisations pour l'entretien, la rénovation, le remplacement et l'agrandissement des éléments de l'infrastructure, conformément aux priorités régionales et provinciales. En 2005-2006, les régies régionales ont utilisé cet argent (parfois en collaboration avec d'autres partenaires de financement, comme les districts hospitaliers, les fondations et les services des auxiliaires) pour l'achat d'équipement, et la construction ou le remplacement d'établissements, ou leur transformation pour qu'ils soient mieux adaptés aux besoins actuels et futurs.

Parmi les projets récemment achevés ou en cours, citons :

- un nouvel hôpital de 300 lits intégrant un centre de cancérologie à Abbotsford, qui fournira des programmes et des services améliorés;
- un nouveau centre universitaire de soins ambulatoires à Vancouver regroupant des services aux malades externes, des locaux d'enseignement de la faculté de médecine, des bureaux où les médecins et les spécialistes qui font de l'enseignement clinique peuvent recevoir leurs patients, et des activités connexes;
- le réaménagement de l'Hôpital général de Vancouver, qui permettra de regrouper les services hospitaliers de manière à créer un milieu moderne et efficient, favorisant la qualité et l'accessibilité des soins;
- le réaménagement de l'établissement existant à Cranbrook comme centre de santé régional offrant des services d'urgence, de consultation externe et d'imagerie de diagnostic plus étendus;
- un nouvel établissement de santé mentale de niveau tertiaire, de 44 lits, à Kamloops, qui offre aux patients une gamme complète de services plus près de leur domicile dans un environnement où ils se sentent plus chez eux;
- l'agrandissement de l'Hôpital général régional de Nanaimo, qui améliorera l'accès aux services chirurgicaux et aux programmes de santé maternelle;
- un nouveau centre de soins en établissement de 50 lits à Vanderhoof;
- l'agrandissement de l'Hôpital Memorial de Surrey, pour augmenter le nombre de lits de soins actifs et offrir de nouveaux services de consultation externe et d'urgence.

En 2004-2005, la province a affecté 27,6 millions de dollars à l'agrandissement et à la modernisation de locaux d'enseignement dans les hôpitaux d'enseignement de la

Colombie-Britannique pour permettre d'accueillir un nombre croissant d'étudiants en médecine.

L'Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé prévoyait la création d'un fonds national de 1,5 milliard de dollars pour l'achat d'équipement médical et diagnostique. La part des fonds répartis au prorata revenant à la Colombie-Britannique s'élève à 200,1 millions de dollars sur trois ans. Les régies de la santé ont dépensé cet argent pour acheter de l'équipement de toute nature servant à des fins diagnostiques, thérapeutiques, médicales et chirurgicales, et accroître le confort et la sécurité des patients et du personnel.

La province a investi 35 millions de dollars dans des technologies de pointe, dont 25 millions provenant du financement fédéral. Le reste provenait de financement d'immobilisations et de fondations de la province. Un comité de représentants du ministère de la Santé, des régies de la santé et des diverses disciplines de la santé a fourni des avis spécialisés pour aider à choisir les investissements destinés à améliorer l'accès des patients et à répondre le plus stratégiquement aux besoins des Britanno-Colombiens.

Par exemple, les régies de la santé ont profité des fonds accordés pour acquérir les équipements suivants :

- le premier appareil de tomographie par émission de positrons (TEP) du système public de la province, installé à la Vancouver Cancer Agency, qui améliorera la prise en charge des patients d'oncologie grâce au dépistage précis des tumeurs cancéreuses avant le début du traitement et au suivi de la réponse pour améliorer le rétablissement;
- de nouveaux tomodensitomètres, dans les basses terres continentales et à Victoria, qui amélioreront les soins de cardiologie en Colombie-Britannique et accroîtront la capacité provinciale en matière de diagnostic des maladies cardiaques et cérébrales ainsi que la prise en charge des traumatisés;
- un appareil d'IRM mobile dans les Kootenays et à Okanagan-Sud et un tomodensitomètre à Kelowna, qui amélioreront sensiblement l'accès des patients aux besoins variés dans les régions intérieures de la province;
- un système d'archivage et de transmission d'images et un système d'information radiologique à l'usage de la Northern Health Authority, qui amélioreront l'accès aux soins et aux traitements dans de nombreuses

petites collectivités grâce au partage d'images numérisées entre les hôpitaux ou les régions et les radiologistes, dans le Nord.

En septembre 2004, les premiers ministres ont convenu d'affecter un montant supplémentaire de 66 millions de dollars pour financer l'équipement médical en Colombie-Britannique, et les régies de la santé étudient actuellement comment utiliser au mieux cet argent d'ici à 2007-2008.

Le programme BC HealthGuide (Guide-santé), inauguré en 2001, est une source fiable d'information et de conseils en matière de santé accessible en tout temps. Ce programme d'auto-soins complet est unique au Canada, et il est offert sous forme imprimée, par le Web et au moyen du réseau de télésanté :

Guide-santé – Colombie-Britannique : Ce guide a été envoyé gratuitement dans sa version anglaise à tous les ménages de la Colombie-Britannique au printemps 2001. La version mise à jour, publiée en novembre 2005, peut être obtenue gratuitement par tous les résidents de la province aux bureaux des agents du gouvernement et dans les pharmacies locales. Le guide fournit des renseignements sur les problèmes de santé courants, la prévention de maladies, le traitement à domicile, les options thérapeutiques et les situations qui exigent de consulter un professionnel de la santé. La version mise à jour renferme de nouveaux renseignements sur la santé des personnes âgées, notamment sur le vieillissement en santé, et des conseils pour les personnes soignantes. Une version française a été diffusée en juin 2004 (Guide-santé – Colombie-Britannique). La traduction en chinois et en punjabi sera prête en 2007.

Le *BC First Nations Health Handbook* a été conçu en partenariat avec le BC First Nations Chiefs' Health Committee et distribué aux communautés autochtones en janvier 2003. Ce guide renferme des renseignements sur les services de santé disponibles pour les communautés autochtones. Il est disponible en ligne à l'adresse suivante : www.bchealthguide.org/aboriginal.stm.

BC HealthGuide OnLine : Ce site Web, à l'adresse www.bchealthguide.org, vient compléter les renseignements figurant dans le Guide. Comptant plus de 35 000 pages, dont le contenu est vérifié par des médecins, il aborde en détail plus de 3 000 sujets ayant trait à la santé.

BC NurseLine : La BC NurseLine, à numéro sans frais, offre en tout temps des services téléphoniques de télétriage et d'éducation sanitaire. Des infirmières autorisées sont

spécialement formées à l'utilisation de protocoles approuvés par des médecins pour fournir une information confidentielle en matière de santé et des conseils sur des symptômes et des états pathologiques aigus ou chroniques, ou orienter les appelants vers un professionnel de la santé au besoin. Des services d'interprétation sont fournis dans plus de 130 langues, en plus de services pour les personnes sourdes et malentendantes. En 2005-2006, la BC NurseLine a reçu plus de 339 000 appels. En date du 31 décembre 2005, le service avait reçu plus d'un million d'appels depuis sa création.

Le volet pharmaceutique de la BC NursesLine existe depuis juin 2003. Les appelants peuvent poser des questions sur les médicaments à un pharmacien, entre 17 h et 9 h, tous les jours de l'année.

Depuis l'inauguration du volet pharmaceutique jusqu'à la fin de mars 2006, la BC NursesLine a acheminé à ses pharmaciens plus de 28 000 appels qui portaient sur des médicaments. Au cours de cette période, les pharmaciens participant à la BC NursesLine ont notifié au centre régional des effets indésirables des médicaments (EIM) de la Colombie-Britannique plus de 670 cas de réactions indésirables à des médicaments, dont la transmission à Santé Canada a été approuvée. Ces notifications servent à la surveillance des effets indésirables non prévus ou graves des médicaments ou à la surveillance de nouveaux médicaments sur le marché. Ce service pharmaceutique est à l'origine de plus de 20 p. 100 de toutes les notifications d'EIM soumises à Santé Canada par le centre régional des EIM de la Colombie-Britannique et contribue ainsi de façon importante à la sécurité des patients – non seulement des Britanno-Colombiens, mais aussi de tous les Canadiens.

En janvier 2005, le programme BC HealthGuide (Guide-santé) a mené, en partenariat avec la Fraser Health, un projet pilote de faisabilité pour déterminer si la plateforme de la BC NurseLine pouvait être exploitée afin de fournir des services de triage et de soutien aux patients des services de soins palliatifs la nuit. Les patients pouvaient appeler la BC NurseLine de 21 h à 8 h pour obtenir de l'aide. L'évaluation du programme est terminée. Les options pour l'avenir sont en train d'être considérées.

BC HealthFiles : Les BC Health Files sont des feuillets d'information faciles à comprendre sur une vaste gamme de questions de santé et de sécurité publiques et environnementales. Les feuillets sont disponibles dans plus de

120 services de santé, ministères et autres bureaux en Colombie-Britannique, ainsi qu'en ligne à www.bchealthguide.org. Des feuillets sur des sujets particuliers ont été traduits en français et dans d'autres langues.

Dial-A-Dietitian : Dial-A-Dietitian est un service d'information nutritionnelle gratuit qui offre des renseignements faciles à utiliser, fondés sur des sources scientifiques à jour, aux personnes qui prennent en charge leur propre santé. Des diététistes agréés sont disponibles de 9 h à 17 h du lundi au vendredi. Des conseils spécialisés sur les allergies alimentaires peuvent également être obtenus. Les appelants sont aussi dirigés vers les diététistes des services de consultation externe des hôpitaux, les nutritionnistes dans la collectivité et d'autres sources locales. Des services d'interprétation sont fournis dans plus de 130 langues.

Dans son plan de services de 2004-2005 à 2006-2007, le Ministère expose les objectifs et les stratégies qui doivent permettre à la province d'atteindre son but qui est la viabilité du système de santé. Mentionnons à cet égard la 3^e stratégie prioritaire qui est d'assurer la gestion efficace des services hospitaliers de soins actifs par la planification et la gestion de la demande, en ce qui concerne les services d'urgence, les services de chirurgie et les diverses interventions.

Contrairement à la plupart des stratégies connexes au même objectif, la 3^e stratégie n'est pas axée sur la prestation de services extra-hospitaliers, mais sur la prestation de qualité et dans les meilleurs délais de services hospitaliers nécessaires. Dans le cadre de cette stratégie, le Ministère et les cinq régions régionales de la santé ont participé à deux projets provinciaux visant à améliorer l'accessibilité et l'efficacité des services d'urgence et de chirurgie des hôpitaux. Ces projets ont été menés dans des hôpitaux, dans l'ensemble de la province.

5.3 Accès aux services médicaux et de chirurgie dentaire assurés

En 2005-2006, 4 681 omnipraticiens inscrits, 3 773 spécialistes inscrits et 238 dentistes inscrits ont fourni des services médicaux et de chirurgie dentaire facturés à l'acte. Environ 2 553 omnipraticiens et spécialistes ont tiré leur revenu, en tout ou en partie, du programme des autres modes de rémunération de la Colombie-Britannique. Ce programme finance les régions régionales de la santé pour qu'elles em-

bauchent des médecins salariés ou concluent des contrats avec des médecins pour la prestation de services cliniques assurés.

Le ministère de la Santé a mis en oeuvre plusieurs programmes en vertu d'une entente auxiliaire concernant la pratique en milieu rural de 2002. 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 :

- le Rural Retention Program, qui prévoit des honoraires plus élevés pour les médecins admissibles qui exercent en milieu rural (environ 1 300) et auquel les médecins itinérants et suppléants peuvent aussi participer;
- le Northern and Isolation Travel Assistance Outreach Program, qui a financé quelque 2 050 consultations de médecins de famille et de spécialistes dans les collectivités rurales;
- le Rural General Practitioner Locum Program, qui a fourni à des médecins de quelque 66 petites collectivités une aide pour recevoir de la formation médicale continue subventionnée et une aide pour le remplacement pendant leurs vacances;
- le Rural Specialist Locum Program, qui a aidé les médecins des spécialités de base dans 17 communautés rurales en leur fournissant des suppléants, pendant que des efforts de recrutement étaient déployés;
- le Rural Education Action Plan, qui a appuyé la formation à l'exercice de la médecine en milieu rural, notamment en offrant des stages cliniques en milieu rural aux étudiants et du perfectionnement pour les médecins;
- le Isolation Allowance Fund, qui procurait un financement aux collectivités sans hôpital ayant moins de quatre médecins, ceux-ci ne devant pas recevoir de paiements du programme Medical On call/Availability, de paiements de rappel ou de paiements à titre de « 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 p 100 de leur prêt étudiant de la Colombie-Britannique par année de pratique en milieu rural.

À compter de novembre 2002, la Colombie-Britannique a reçu un financement de 73,5 millions de dollars sur

quatre ans (de 2002 à 2006) du gouvernement fédéral pour améliorer durablement les soins de santé primaires (SSP) et l'accès des patients à des services intégrés et de qualité dans les cabinets de médecins et les cliniques communautaires – premiers points de contact habituels avec le système de soins de santé. La Colombie-Britannique continue de favoriser les buts fixés par le Fonds (fédéral) d'adaptation des soins de santé primaires. Le Full-Service Family Practice Incentive Program a récemment été élargi en vertu de l'entente de 2006 avec les médecins, et le Ministère continue à établir des directives et des protocoles de pratique clinique pour améliorer les soins aux patients.

La Faculté de médecine de l'Université de la Colombie-Britannique (UBC) s'agrandit en collaboration avec l'Université du Nord de la Colombie-Britannique, l'Université de Victoria et les régies régionales de la santé de la Colombie-Britannique. En 2002, le gouvernement avait annoncé l'allocation de 134 millions de dollars pour la construction d'un nouveau centre des sciences de la vie à l'UBC, à Vancouver, et d'autres campus de la Faculté de médecine à Prince George et Victoria. En 2003, il y avait 128 étudiants en première année de médecine en Colombie-Britannique. L'élargissement du programme portera ce nombre à 256, soit le double, d'ici 2007. En 2009-2010, quand débutera le programme du campus d'Okanagan, dernier élément, il y aura 30 places de plus en première année de médecine.

Le gouvernement a également commencé à augmenter graduellement le nombre de places en résidence pour les diplômés. En 2004, 32 places se sont ajoutées en première année de résidence, de sorte qu'entre 2003 et 2010, le nombre de résidents de première année aura doublé, passant de 128 à 256.

5.4 Rémunération des médecins

La Colombie-Britannique négocie avec l'Association médicale de la Colombie-Britannique (BCMA) les modalités, les services assurés et la rémunération générale des médecins. La BCMA a le droit exclusif de représenter les intérêts des médecins qui sont rémunérés par le gouvernement pour leurs services.

Plus de 2,5 milliards de dollars ont été affectés à la rémunération des médecins, soit 22 p. 100 du budget du ministère de la Santé, en 2005-2006.

Le gouvernement de la Colombie-Britannique et la BCMA ont conclu une entente-cadre régissant la relation entre la province et ses médecins qui a été en vigueur de décembre 1993 au 31 mars 2001, après avoir été prolongée. Les parties ont conclu une deuxième entente-cadre le 28 février 2001, qui doit prendre fin à minuit le 31 mars 2006. Si à cette date les parties ne se sont pas entendues pour la remplacer ou la renouveler, la deuxième entente-cadre demeurera en vigueur intégralement jusqu'à ce qu'une nouvelle entente soit conclue ou jusqu'à ce que 12 mois se soient écoulés après que le gouvernement ou la BCMA aura reçu avis de l'intention de l'autre partie de mettre fin à l'entente.

La deuxième entente-cadre fixe les paramètres de la négociation et de la consultation. Elle oblige le gouvernement et la BCMA à commencer à négocier les ententes de travail ou ententes subsidiaires au plus tard le 1er octobre de l'année précédant immédiatement l'expiration des ententes. Les ententes de travail et les ententes subsidiaires déterminent la rémunération des médecins, les questions de garde et les régimes d'avantages sociaux. L'entente de travail porte sur les questions d'intérêt commun, alors que les ententes subsidiaires ont pour objet les questions qui intéressent uniquement un groupe de médecins particulier.

Les négociations en vue d'une entente de travail et d'ententes subsidiaires en 2004 ont abouti à une phase de médiation, et elles étaient entrées dans une phase de conciliation quand une entente négociée est finalement intervenue. Le comité de conciliation a été démis avant d'avoir à rendre une décision. Les ententes ont été renouvelées en juin 2004, pour la période du 1^{er} avril 2004 au 31 mars 2007.

L'entente de travail de 2004 prévoyait un mécanisme de résolution des conflits qui exigeait que chacune des parties présente par écrit les détails du différend, après quoi les deux se rencontreraient pour essayer de le résoudre. Un comité de résolution des différends essaierait de trouver une solution. En cas d'échec, l'une ou l'autre des parties pourrait recourir, en dernier ressort, à l'arbitrage en vertu de la *Commercial Arbitration Act*.

Aucune augmentation généralisée des taux de rémunération n'était prévue en vertu des ententes pour les exercices financiers 2004-2005 et 2005-2006, mais une augmentation à négocier, et à soumettre à l'arbitrage au besoin, était prévue pour la troisième année (2006-2007).

Les ententes prévoyaient des fonds à réaffecter aux soins directs aux patients. Elles comprenaient également des initiatives de réforme, comme le soutien des services de médecine familiale qui offrent une gamme complète de services et le renforcement des mesures de recrutement et de maintien en poste des médecins dans les zones les plus rurales, ainsi que des spécialistes là où des besoins existaient déjà ou étaient prévus.

Le gouvernement a abordé les négociations avec les médecins dans un esprit de collaboration et en faisant primer l'intérêt de la qualité des soins pour les patients.

Les négociations en vue de modifier la deuxième entente-cadre et de majorer la rémunération pour 2006-2007 ont débuté en 2005, selon une approche fondée sur des principes. Une entente de principe pour la période de 2006 à 2102 a été conclue en mars 2006 et a été ratifiée en mai 2006.

En ce qui concerne les dentistes, le gouvernement de la Colombie-Britannique négocie avec l'Association dentaire de la Colombie-Britannique (DABC). Le processus de négociation officiel précédent a conduit à un contrat mis à jour et modernisé. La DABC a demandé la renégociation du contrat en vigueur. Cette renégociation devrait débuter à l'automne 2006.

Lois

La *Medicare Protection Act*, RSBC 1996, ch. 286, confère à la Medical Services Commission le pouvoir d'administrer le régime d'assurance-maladie de la Colombie-Britannique. Aucune modification d'importance n'a été apportée à la *Loi* ni à son *Règlement* en 2005-2006.

Les médecins et les dentistes sont rémunérés en vertu de la *Medical Practitioners Act* et de la *Dentists Act* respectivement.

Méthodes de rémunération des médecins et des dentistes

Les services médicaux fournis dans la province sont payés aux médecins individuels, sur la base de leurs relevés d'honoraires, dans le cadre du régime d'assurance-maladie, et aux régies de la santé, pour le paiement des médecins contractuels, dans le cadre de l'Alternative Payments Program. En 2005-2006, plus de 90 p. 100 des paiements ont été effectués à l'acte, et près de 10 p. 100, selon d'autres modes. Ces derniers paiements se répartissaient comme suit : 72 p. 100 sous forme de contrats, 24 p. 100 à la vacation (unités de service de 3,5 heures), et 4 p. 100

sous forme de salaire. Le gouvernement finance les régies de la santé pour ces paiements, mais ne paie pas les médecins directement.

Les services dentaires fournis dans la province sont payés uniquement à l'acte dans le cadre du régime d'assurance-maladie.

5.5 Paiements aux hôpitaux

Les fonds destinés aux services hospitaliers sont compris dans le financement global annuel des régies régionales de la santé. Ces fonds doivent être utilisés 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 des fonds globaux 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 on doit en rendre compte séparément.

La montant du financement global annuel est négocié entre les hauts responsables des finances au ministère de la Santé et le chef de la direction et l'agent financier principal dans les régies de la santé. Le montant final du financement est communiqué aux régies de la santé par une lettre de financement annuelle.

Les modalités de l'entente avec le gouvernement pour le financement des hôpitaux font partie de plusieurs documents plus importants dans lesquels sont énoncées les attentes à l'égard des régies de la santé. Ces documents sont la lettre de financement annuelle, les plans de service annuels, et les objectifs de rendement annuels. Ensemble, ils communiquent les attentes générales du ministère de la Santé à l'endroit des régies 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-maladie aux régies de la santé. Cette *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.

En 2005-2006, ni la *Loi* ni le *Règlement* n'ont été modifiés en ce qui concerne les paiements au titre des services hospitaliers assurés.

Les services hospitaliers assurés sont financés à même les fonds globaux versés aux régies régionales de la santé chaque année, mais peuvent aussi faire l'objet d'un financement ciblé particulier de temps à autre. Le montant de base de la subvention annuelle est déterminé par une formule fondée sur les besoins de la population, qui est modifiée pour tenir compte des programmes particuliers au sein des régies de la santé.

Un total de 6,6 milliards de dollars a été transféré aux régies de la santé en 2005-2006 pour leur permettre d'offrir toute la gamme de soins de santé (soins actifs, soins en établissement, soins en milieu communautaire, santé publique, prévention, santé mentale chez les adultes, programmes de toxicomanie, etc.).

Le financement global des régies de la santé n'inclut pas les fonds destinés aux programmes qui relèvent directement du ministère de la Santé, comme la rémunération des médecins, le paiement des médicaments d'ordonnance couverts par l'assurance-médicaments ou les services ambulanciers provinciaux.

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. Pour l'exercice 2005-2006, ces documents sont :

- Public Accounts 2004-2005 (déposés le 29 juin 2005)
www.fin.gov.bc.ca/ocg/pa/04_05/pa04_05.htm
- Budget and Fiscal Plan, 2005-2006 to 2007-2008 (déposé le 15 février 2005)
www.bcbudget.gov.bc.ca/bfp/default.htm
- Estimates, Fiscal Year Ending March 31, 2005 (déposé le 15 février 2005).
www.bcbudget.gov.bc.ca/2005/est/toc.htm
- Budget and Fiscal Plan, September Update, 2005-2006 to 2007-2008 (déposé le 14 septembre 2005)

www.bcbudget.gov.bc.ca/2005_Sept_Update/bfp/default.htm

- Estimates, September Update, Fiscal Year Ending March 31, 2006 (déposé le 14 septembre 2005)
www.bcbudget.gov.bc.ca/2005_Sept_Update/est.toc.htm

7.0 Services de santé complémentaires

Soins intermédiaires en maison de repos et soins en établissement pour adultes

Les établissements de soins pour bénéficiaires internes assurent en tout temps des soins infirmiers et une surveillance dans un milieu protégé aux personnes qui ont, en matière de soins, des besoins complexes qui ne peuvent plus être assurés dans leur propre demeure. Les clients de ces établissements paient un tarif quotidien établi en fonction de leur revenu net d'impôt. Les tarifs quotidiens sont redressés chaque année, d'après l'Indice des prix à la consommation. Les lois qui régissent ces établissements sont la *Community Care and Assisted Living Act*, les *Adult Care Regulations*, la *Hospital Act*, les *Hospital Act Regulation*, la *Hospital Insurance Act*, les *Hospital Insurance Act Regulations*, ainsi que la *Continuing Care Act*, le *Continuing Care Programs Regulation* et le *Continuing Care Fees Regulation*.

Les familles d'accueil offrent dans leur résidence unifamiliale des services de repas, d'entretien ménager et d'aide aux activités de la vie quotidienne à un maximum de deux clients. Les coûts sont les mêmes que dans un établissement de soins pour bénéficiaires internes. Les lois qui régissent les familles d'accueil sont la *Continuing Care Act*, le *Continuing Care Programs Regulation* et le *Continuing Care Fees Regulation*.

Les adultes qui ont un handicap peuvent également vivre de façon autonome dans la collectivité, dans des foyers de groupe financés par l'État. Ces foyers, sécuritaires et abordables, comptent de quatre à six lits. Ils offrent l'hébergement à court et à long terme, de la formation pour l'acquisition des compétences de base, des groupes d'entraide et du counselling. Les frais de subsistance non associés aux soins, comme la nourriture et le loyer, sont à la charge du client. Le loyer est établi en fonction du

revenu. Les lois qui régissent les foyers de groupe sont la *Community Care and Assisted Living Act*, les *Adult Care Regulations*, la *Continuing Care Act* et le *Continuing Care Programs Regulation*.

Les résidences-services fournissent l'hébergement et le couvert, ainsi que des services d'aide personnelle aux adultes qui sont autonomes mais ont besoin d'une aide régulière pour les activités de la vie quotidienne, habituellement en raison de leur âge, d'une maladie ou d'un handicap. Les appartements sont normalement d'une chambre à coucher. Les services disponibles sont les suivants : aide pour le bain, la toilette, l'habillage ou la mobilité, à quoi s'ajoutent les repas, l'entretien ménager, la lessive, les activités sociales et récréatives, ainsi qu'un système de réponse disponible en tout temps. Les clients paient un tarif équivalant à 70 p. 100 de leur revenu libre d'impôt, jusqu'à concurrence d'un montant établi d'après le prix moyen du marché pour les centres offrant l'hébergement et le couvert dans la région et le coût réel des soins personnels. Les lois qui régissent les résidences-services sont la *Community Care and Assisted Living Act*, le *Assisted Living Regulation*, la *Continuing Care Act*, le *Continuing Care Programs Regulation* et le *Continuing Care Fees Regulation*.

Les hospices offrent un milieu de vie qui tente de recréer celui de la maison. Des professionnels y fournissent des soins destinés à assurer le bien-être des Britanno-Colombiens de tous âges en phase terminale d'une maladie ou en fin de vie. Les services disponibles sont les soins médicaux et infirmiers, la planification de soins spécialisés, la prise en charge de la douleur et des symptômes, le soutien psychosocial et spirituel et le soutien aux personnes endeuillées. Des frais peuvent être exigés à l'égard de certains de ces services. Les lois qui régissent les hospices sont la *Community Care and Assisted Living Act*, les *Adult Care Regulations*, la *Hospital Act* et le *Hospital Act Regulation*.

Services pour les personnes qui ont une maladie mentale ou des problèmes de toxicomanie

Il existe trois types distincts d'hébergement et de programmes pour les personnes qui éprouvent de graves problèmes de santé mentale ou de toxicomanie : les établissements de soins pour bénéficiaires internes, les familles d'accueil et le logement subventionné.

Établissements de soins pour bénéficiaires internes

Ces établissements offrent 24 heures sur 24 des soins, des traitements intensifs et des services de soutien, y compris des services de réadaptation psychosociale, par exemple de l'aide pour les soins personnels, l'entretien ménager et gestion de l'argent, la socialisation, la prise des médicaments, et la liaison avec les services externes comme les programmes d'éducation et d'emploi subventionnés. Pour certains pensionnaires, ces établissements sont une étape vers un mode d'hébergement plus autonome, mais pour d'autres, ils représentent une solution permanente. Tous les établissements doivent être autorisés en vertu de la *Community Care and Assisted Living Act*. Les clients paient un prix de journée uniforme pour la chambre et la pension.

Familles d'accueil

Ces foyers privés exploités par des familles ou des personnes permettent d'acquérir des connaissances élémentaires et fournissent des services de réadaptation psychosociale à des clients incapables de vivre de façon autonome qui ont justement besoin d'aide dans un contexte familial pour acquérir les compétences et la confiance nécessaires à la vie autonome. Les foyers n'ont pas à obtenir de permis ou d'autorisation, mais ils doivent satisfaire aux normes fixées par la régie de la santé. Les clients paient un prix de journée uniforme pour la chambre et la pension.

Logement subventionné

Les programmes de logement subventionné offrent un lieu d'habitation abordable et sûr, ainsi que divers services de réadaptation sociale et de maintien à domicile, comme de l'aide pour la préparation des repas, les soins personnels, l'entretien ménager, la prise des médicaments, la socialisation et la gestion de crise. Les programmes de logement subventionné incluent les **appartements subventionnés**, soit les appartements satellites ou maisons mobiles, les appartements dans des immeubles résidentiels, et l'habitation collective; les **foyers de groupe** et les **hôtels subventionnés**.

Les lois qui s'appliquent au logement subventionné sont la *Landlords and Tenants Act* ou la *Community Care and Assisted Living Act*. Les clients restent normalement longtemps (plus de deux ans) dans ces logements et paient un loyer modique en fonction de leur revenu (maximum de 35 p. 100 de leur revenu).

Services de soins à domicile

Les services de soins infirmiers à domicile et les services de réadaptation en milieu communautaire sont des services professionnels fournis à des personnes de tous âges par des infirmières autorisées et des thérapeutes en réadaptation. Ils sont offerts sur une base non urgente et comprennent l'évaluation, l'enseignement et la consultation, la coordination des soins, ainsi que la prestation de soins ou l'administration de traitements par du personnel infirmier aux clients ayant besoin de soins prolongés, actifs ou palliatifs ou de services de réadaptation. Ces services sont offerts sans frais.

Le maintien à domicile aide les personnes à continuer de vivre chez elles. Les aides de maintien à domicile apportent une aide aux activités de la vie quotidienne, comme le bain, l'habillage et la toilette. Elles effectuent parfois des travaux ménagers légers pour que le milieu de vie soit sécuritaire et favorise le bien-être. Des frais peuvent être exigés, selon le revenu de la personne. Les lois régissant le maintien à domicile sont la *Continuing Care Act*, le *Continuing Care Programs Regulation* et le *Continuing Care Fees Regulation*.

Les soins en fin de vie assurent le confort du patient, préservent sa dignité et lui conservent une qualité de vie par le soulagement ou la maîtrise des symptômes. Le mourant et ses proches peuvent ainsi centrer leur énergie sur le temps qu'il leur reste à passer ensemble pour en profiter.

Des soignants professionnels et du personnel auxiliaire prodiguent avec compassion des soins de soutien à domicile, à l'hôpital, à l'hospice, à des résidences-services ou à des établissements de soins pour bénéficiaires internes. Des frais peuvent être exigés selon les genres de services et le revenu de la personne.

Un programme de services de soins palliatifs a été mis en place en 2001 pour fournir aux personnes à la maison qui vivent leurs derniers instants des médicaments autorisés pour le soulagement de la douleur ou des symptômes ainsi que des fournitures et du matériel médicaux, sans frais. Les médicaments approuvés peuvent être achetés dans une pharmacie de la région.

Services de soins ambulatoires

Les programmes de jour pour adultes aident les personnes âgées et les adultes handicapés à être autonomes. Les groupes d'entraide et les activités sont l'occasion pour le client de participer plus activement à la vie de sa collectivité et offrent un répit aux personnes qui s'en occupent. Les services disponibles, soins personnels, activités sociales, repas et transport, varient d'un centre à l'autre. Les centres imposent normalement des frais quotidiens minimes, qui servent à payer les fournitures d'artisanat, le transport et les repas. Les lois régissant les programmes de jour pour adultes sont la *Continuing Care Act* et le *Continuing Care Programs Regulation*.

Personnes inscrites					
	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006
1. Nombre total de personnes inscrites au 31 mars.	3 994 007	4 017 912	4 099 076	4 182 682	4 216 199

Services hospitaliers assurés dans la province ou le territoire					
Établissements publics	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006
2. Quantité : ¹					
a. soins actifs	94	92	92	92	82
b. soins chroniques	18	18	18	18	19
c. soins de réadaptation	3	3	3	4	4
d. autres	25	25	24	23	32
e. total	140	138	137	137	137
3. Paiements (\$) : ²					
a. soins de courte durée	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
b. soins chroniques	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. soins de réadaptation	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. autres	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
e. total	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
Établissements privés à but lucratif	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006
4. Quantité :					
a. installations chirurgicales	non disponible	non disponible	11	17	18
b. établissements d'imagerie diagnostique	non disponible	non disponible	0	1	1
c. total	non disponible	non disponible	11	18	19
5. Nombre de services hospitaliers assurés qui sont fournis : ³					
a. installations chirurgicales	689	612	non disponible	non disponible	non disponible
b. établissements d'imagerie diagnostique	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. total	689	612	non disponible	non disponible	non disponible
6. Paiements totaux destinés aux (\$) :					
a. installations chirurgicales	353 100	358 600	1 470 370	non disponible	non disponible
b. établissements d'imagerie diagnostique	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. total	353 100	358 600	1 470 370	non disponible	non disponible

Pour 1 et 2 : toutes les données de l'année 2004-2005 sont provisoires. 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 changer d'année en année.

- Les catégories d'établissements utilisées dans le présent rapport sur l'application de la *Loi canadienne sur la santé* ne sont pas celles normalement en usage au ministère de la Santé de la Colombie-Britannique, mais y correspondent le plus étroitement possible:
 - Soins actifs : établissements de soins actifs aux malades hospitalisés; établissements de soins actifs ambulatoires; établissements de soins psychiatriques aux malades hospitalisés.
 - Soins de longue durée : établissements de soins complémentaires.
 - Soins de réadaptation : centres de réadaptation.
 - Autre : centres de diagnostic et de traitement.

Le nombre d'établissements, dans le présent tableau, pourrait différer de celui de la Base de données sur les congés des patients, du SIG ou du Societies Act, chaque système de rapport ayant sa propre méthode pour compter les établissements ayant des installations à plus d'un endroit et les classer par fonction.
- Les paiements aux régies régionales de la santé à l'égard de la gamme complète de services dont elles assurent la prestation régionale ont été de : 4,59 milliards en 1999-2000; 5,20 milliards en 2000-2001; 5,62 milliards en 2001-2002; 6,06 milliards en 2002-2003 et 6,21 milliards en 2003-2004. En 2004-2005, ces paiements (versements uniques) étaient de 6,25 milliards.
- Il y a environ 49 établissements privés autorisés par le College of Physicians and Surgeons of British Columbia. Ils fournissent surtout des services non visés par la *Loi canadienne sur la santé*. Aux termes de la *Medicare Protection Act*, toute surfacturation de services assurés leur est interdite. Les chiffres ci-indiqués représentent le nombre d'établissements privés de soins chirurgicaux ayant un contrat avec les régies régionales de la santé.

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire					
	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006
7. Nombre de médecins participants :					
a. omnipraticiens	4 430	4 471	4 573	4 629	4 681
b. spécialistes	3 380	3 421	3 510	3 642	3 773
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	7 810	7 892	8 083	8 271	8 454
8. Nombre de médecins qui ont opté pour le retrait du régime d'assurance-maladie :					
a. omnipraticiens	3	3	3	4	4
b. spécialistes	3	3	2	2	2
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	6	6	5	6	6
9. Nombre de médecins qui ne participent pas :					
a. omnipraticiens	1	1	1	1	1
b. spécialistes	0	0	0	0	0
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	1	1	1	1	1
10. Services fournis grâce à <u>toutes les méthodes de paiement</u> :					
a. nombre de services	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
b. paiements totaux	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
11. Nombre de services offerts grâce au <u>paiement à l'acte</u> :					
a. omnipraticiens	22 781 916	23 099 248	23 930 082	23 681 176	24 219 060
b. spécialistes	36 207 479	38 541 400	39 828 843	42 263 797	45 864 883
c. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. total	58 989 395	61 640 648	63 758 925	65 944 973	70 083 943
12. Versements totaux pour les médecins grâce au <u>paiement à l'acte</u> (\$) :					
a. omnipraticiens	720 487 209	749 877 257	772 944 807	760 104 435	773 230 973
b. spécialistes	1 076 322 482	1 154 151 676	1 194 086 689	1 196 269 921	1 259 164 813
c. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. total	1 796 809 691	1 904 028 933	1 967 031 496	1 956 374 356	2 032 395 786
13. Quantité de services fournis grâce au <u>paiement à l'acte</u> :					
a. médicaux	24 989 815	25 423 936	25 921 410	26 078 714	26 809 174
b. chirurgicaux	4 317 461	4 393 613	4 520 151	4 590 296	5 348 033
c. diagnostics	29 682 119	31 823 099	33 317 364	35 275 963	37 926 736
d. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
e. total	58 989 395	61 640 648	63 758 925	65 944 973	70 083 943
14. Paiements totaux effectués aux médecins grâce au <u>paiement à l'acte</u> (\$) :					
a. médicaux	1 025 581 421	1 068 484 862	1 093 649 881	1 101 606 113	1 134 825 427
b. chirurgicaux	279 710 272	296 852 722	307 628 159	313 878 348	328 946 459
c. diagnostics	491 517 998	538 691 349	565 753 456	540 889 895	568 623 900
d. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
e. total	1 796 809 691	1 904 028 933	1 967 031 496	1 956 374 356	2 032 395 786

Services assurés offerts aux résidents dans une autre province ou un autre territoire					
Hôpitaux	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006
15. Nombre total de demandes, malades hospitalisés.	8 113	7 618	7 294	7 467	6 517
16. Nombre total de demandes, consultations externes.	80 732	83 152	81 911	80 386	77 537
17. Paiements totaux, malades hospitalisés (\$).	40 898 996	40 195 515	45 318 174	51 869 175	49 899 859
18. Paiements totaux, consultations externes (\$).	10 604 141	11 223 254	11 105 322	13 574 737	14 089 042
19. Paiement moyen, malades hospitalisés (\$).	5 041,17	5 276,39	6 213,08	6 946,45	7 656,88
20. Paiement moyen, consultations externes (\$).	131,35	134,97	135,58	168,87	181,71
Médecins	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006
21. Quantité de services.	542 301	617 819	604 745	627 654	668 433
22. Paiements totaux (\$).	18 880 794	22 403 037	22 516 481	23 622 360	25 664 796
23. Paiement moyen par service (\$).	34,82	36,26	37,23	37,64	38,40

Services assurés offerts à l'extérieur du Canada					
Hôpitaux	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006
24. Nombre total de demandes, malades hospitalisés.	1 964	1 795	1 970	2 294	2 345
25. Nombre total de demandes, consultations externes.	637	949	611	761	1 247
26. Paiements totaux, malades hospitalisés (\$).	9 246 228	2 294 341	2 365 051	3 811 717	4 248 649
27. Paiements totaux, consultations externes (\$).	119 928	543 969	294 712	741 617	770 215
28. Paiement moyen, malades hospitalisés (\$).	4 707,86	1 278,18	1 200,53	1 661,60	1 811,79
29. Paiement moyen, consultations externes (\$).	188,27	573,20	482,34	974,53	617,65
Médecins	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006
30. Quantité de services.	51 594	48 457	52 673	65 134	69 741
31. Paiements totaux (\$).	2 157 483	2 145 121	2 281 820	2 767 854	3 121 999
32. Paiement moyen par service (\$).	41,82	44,27	43,32	42,49	44,77

Services chirurgicaux et dentaires assurés dans la province ou le territoire					
	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006
33. Nombre de dentistes participants.	275	249	243	228	238
34. Nombre de services fournis.	43 505	36 680	36 809	38 310	41 965
35. Paiements totaux (\$).	5 401 691	5 379 450	5 170 348	5 268 900	5 833 105
36. Paiement moyen par service (\$).	124,16	146,66	140,46	137,53	139,00

Yukon

Introduction

Le régime d'assurance maladie du gouvernement du Yukon comprend 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 Territoire du Yukon). Le directeur du RASY et l'administrateur du RAHY portent ci-après le titre de « directeur des services de santé assurés et de santé auditive ». Toute mention du « régime » dans le présent texte concerne soit le Régime d'assurance-santé du Yukon ou le Régime d'assurance-hospitalisation du Yukon. Il n'existe aucun conseil de santé régional.

L'objectif du système 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*. Tous les résidents admissibles du Territoire du Yukon sont couverts, selon des modalités uniformes. Le ministre de la Santé et des Affaires sociales est responsable de la prestation de tous les services de santé assurés, dont l'administration est centralisée à ce ministère. En date du 31 mars 2006, le nombre de personnes admissibles inscrites au régime d'assurance maladie du Yukon s'élevait à 32 226.

Les autres services assurés offerts aux résidents admissibles du Yukon sont le programme d'assurance déplacements, le programme de prestations aux malades chroniques et aux personnes handicapées, les programmes d'assurance-médicaments et d'assurance-santé complémentaire, et le programme d'assurance-médicaments et de soins de la vue pour les enfants. 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 territoire 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, de même que de moderniser et d'améliorer les fonctionnalités du système. Elles comprennent les suivantes :
 - le système d'information sur les services de santé assurés – un nouveau système a été mis en service pour le traitement des demandes d'inscription à l'assurance-maladie et les demandes de paiement pour les services médicaux, les services hospitaliers et les médicaments. Le module de remboursement des dépenses pour les services de santé obtenus hors du Yukon est au stade de la conception;
 - la collaboration avec la Yukon Medical Association afin de trouver des solutions pour les habitants du Yukon sans médecin de famille se poursuit;
 - *Diabetes Collaborative*, qui aide les médecins à mieux soigner les personnes diabétiques, est opérationnelle et entre dans sa deuxième phase. Au cours de cette deuxième phase, les médecins en milieu rural utiliseront la trousse d'outils de la Colombie-Britannique pour la prise en charge des maladies chroniques afin d'aider à une meilleure prise en charge de leurs cas de diabète.

En 2005-2006, les augmentations des dépenses de santé par rapport à 2004-2005 sont les suivantes :

- services de santé assurés : 3 710 900 \$;
- services hospitaliers : 1 722 477 \$;
- soins continus : 1 714 054 \$;
- soins infirmiers communautaires et services médicaux d'urgence : 874 755 \$;
- programmes de santé communautaire : 865 898 \$.

Les principaux obstacles au progrès de la prestation des services de santé assurés dans le territoire sont notamment :

- l'incapacité de mieux relier et coordonner les services actuels et les fournisseurs de service;
- le recrutement et le maintien en poste de professionnels de la santé qualifiés;
- l'augmentation des coûts connexes à la prestation de services;

- l'augmentation des coûts associés aux changements démographiques;
- l'acquisition et l'entretien de nouveaux appareils de diagnostic et de traitement de pointe.

1.0 Gestion publique

1.1 Régime d'assurance-maladie et autorité publique

Les articles 3(2) et 4 de la *Loi sur l'assurance-santé* renferment les dispositions concernant la gestion de ce régime par une autorité publique. Ils n'ont pas été modifiés en 2005-2006.

Les articles 3(1) et 5 de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation* renferment les dispositions concernant la gestion de ce régime par une autorité publique. Ils n'ont pas été modifiés en 2005-2006.

Sous réserve des dispositions de l'article 5 de la *Loi sur l'assurance-santé* et des règlements, 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 à l'extérieur du Yukon;
- de créer des comités consultatifs et de nommer des particuliers chargés d'aider au fonctionnement du régime;
- d'intenter des poursuites et de négocier des règlements à l'amiable dans l'exercice du droit du gouvernement du Yukon d'être subrogé 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, rapports et comptes pour en tirer des renseignements;
- de s'acquitter des autres fonctions dont le charge le membre du Conseil exécutif en application de la *Loi*.
- Sous réserve des dispositions de l'article 6 de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation* et des règlements, 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;
 - de fixer l'admissibilité et le droit aux services assurés;
 - de fixer les montants qui peuvent être versés pour acquitter le coût des services assurés offerts à des bénéficiaires;
 - de conclure des accords pour le compte du gouvernement du Yukon avec des hôpitaux, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du Yukon, ou avec le gouvernement du Canada ou d'une province, ou un de leurs organismes compétents, relativement à la fourniture de services assurés à des bénéficiaires;
 - d'agréer des hôpitaux pour l'application de la *Loi*;
 - d'effectuer des enquêtes et des programmes de recherche, et d'obtenir des statistiques à ces fins;
 - de nommer des inspecteurs et des vérificateurs pour examiner les livres, rapports et comptes des hôpitaux pour en tirer des renseignements;
 - de prévoir les 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 maladie. 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 peuvent être vérifiés par le Bureau du vérificateur général du Canada. Le vérificateur général du Canada agit à titre de vérificateur du gouvernement du Yukon, conformément à l'article 30 de la *Loi sur le Yukon* (Canada). Il doit mener une vérification annuelle des transactions et des états financiers consolidés du gouvernement du Yukon. Il doit de plus signaler à l'Assemblée législative du Yukon tout point du ressort de la vérification qui, selon lui, doit être communiqué à l'Assemblée.

La dernière vérification concernait l'exercice se terminant le 31 mars 2006.

En ce qui a trait à la Régie des hôpitaux du Yukon, le paragraphe 11(2) de la *Loi sur les hôpitaux* exige que chaque hôpital remette un rapport de ses activités pour l'exercice précédent. Ce rapport 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.

1.4 Mandataire désigné

Le Régime d'assurance-santé du Yukon n'a aucun mandataire désigné autorisé à recevoir des montants payables ou à verser des paiements au titre de la *Loi sur l'assurance-santé* ou de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation*.

2.0 Intégralité

2.1 Services hospitaliers assurés

Les articles 3, 4, 5 et 9 de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation* confèrent le pouvoir d'offrir 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 2005-2006.

En 2005-2006, 15 établissements situés sur l'ensemble du territoire ont offert des services hospitaliers assurés aux malades hospitalisés et externes. Ces établissements comprennent un hôpital général, un hôpital pavillonnaire

et 12 centres de santé. Des services de soins infirmiers sont offerts dans un poste sanitaire satellite.

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 de fonctionnement et les normes appropriées applicables aux établissements 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.

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 pavillonnaire de Watson Lake, fonctionnent en respectant les champs d'activités du personnel de soins infirmiers – 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* concernant les services d'assurance-hospitalisation, les services rendus 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 diagnostiques ainsi que l'interprétation de leurs résultats dans le but de préserver la santé, de prévenir la maladie ou de faciliter le diagnostic et le traitement d'un traumatisme, d'une maladie ou d'un handicap; 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'examen et des installations d'anesthésie, y compris du matériel et des fournitures

connexes; les fournitures chirurgicales habituelles; l'usage des installations de radiothérapie, s'il y a lieu; l'usage des installations de physiothérapie, s'il y a lieu; 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, s'il y a lieu; l'usage des installations de physiothérapie, s'il y a lieu.

Conformément au *Règlement* concernant les services d'assurance-hospitalisation, tous les services offerts aux patients hospitalisés et aux malades externes dans un hôpital approuvé par les employés de cet établissement sont des services assurés. Les soins infirmiers, les produits pharmaceutiques, les fournitures et les services de diagnostic et de chirurgie habituels 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 approuvés 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.

Une somme de 475 000 \$ a été consacrée à l'achat de nouveaux équipements hospitaliers, dont un fluoroscope numérique, et à l'augmentation du budget pour accroître le nombre d'arthroplasties du genou pratiquées au Yukon.

Grâce à ces mesures, le Yukon devra moins recourir aux services offerts à l'extérieur du 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 2005-2006.

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 estimatif de médecins résidents qui participaient au régime d'assurance maladie du Yukon en 2005-2006 était de 64.

Aux termes du paragraphe 7(5) du *Règlement sur le Régime d'assurance-santé du Yukon*, les médecins du territoire peuvent choisir de facturer les services assurés aux patients s'ils font part de ce choix par écrit. En 2005-2006, aucun médecin n'a remis d'avis écrit concernant son choix de percevoir des honoraires sans passer par le régime d'assurance maladie du Yukon.

Les services médicaux assurés au Yukon sont les services médicalement nécessaires rendus par un médecin. La liste des services non assurés par le régime figure à l'article 3 du *Règlement* et sont notamment : conseils donnés au téléphone; services de médecine légale; préparation des dossiers et des rapports; services réclamés par un tiers; traitement esthétique; et services qu'aucune raison d'ordre médical ne justifie.

Les services ajoutés en 2005-2006 à la liste des services assurés comprennent :

- certains examens effectués par les optométristes. Ces examens doivent être médicalement nécessaires et reposer sur un problème, et ils ne sont assurés qu'en l'absence d'un ophtalmologue résident au Yukon.

Les ajouts au Relative Value Guide to Fees (Guide de la valeur relative des honoraires) passent par un processus, géré par un comité et prévoyant la présentation d'une demande écrite des médecins au comité de liaison conjoint de l'Association médicale du Yukon et du Régime d'assurance santé du Yukon.

Ce comité examine la demande, et la décision d'inclure ou non le service est prise. 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.

2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

Les dentistes qui fournissent des services de chirurgie dentaire assurés par le régime d'assurance maladie du territoire doivent être titulaires d'une licence délivrée sous le régime de la *Loi sur les professions dentaires*. Ils reçoivent un numéro de facturation au régime d'assurance maladie du Yukon pour la prestation de services dentaires assurés. En 2005-2006, six dentistes ont facturé au régime des services dentaires assurés fournis à des résidents du Yukon. Les services fournis à l'extérieur du territoire sont également facturés directement au régime.

Les dentistes peuvent choisir de ne pas participer au régime d'assurance-maladie selon les mêmes modalités que les médecins. En 2005-2006, aucun dentiste n'a remis d'avis écrit concernant son choix de percevoir des honoraires sans passer par le régime d'assurance-maladie.

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 sous anesthésie générale. Le directeur des services de santé assurés et de santé auditive gère ce processus.

2.4 Services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

Seuls les services prescrits et rendus conformément à la *Loi sur l'assurance-santé* et à ses règlements et à la *Loi sur l'assurance-hospitalisation* et à ses règlements sont assurés. Aucun autre service n'est couvert.

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-légaux, y compris les examens et les rapports; les services fournis à des fins esthétiques; l'acupuncture et les interventions expérimentales.

L'article 3 du *Règlement sur le Régime d'assurance-santé du Yukon* renferme une liste partielle des services non assurés.

Les services hospitaliers non assurés comprennent l'hospitalisation des non-résidents; les services d'infirmières spéciales ou privées retenus par le patient ou la famille du patient; le supplément pour une chambre privée ou semi-privée, lorsque celle-ci n'est pas médicalement nécessaire; les béquilles et autres dispositifs semblables; les coûts d'une maison de soins infirmiers; la télévision; le téléphone; les médicaments et les produits biologiques requis par un malade après son congé de l'hôpital. (Ces services ne sont pas fournis par l'hôpital.)

Les services dentaires non assurés comprennent les actes réputés restaurateurs et les actes qui ne sont pas exécutés dans un hôpital sous anesthésie générale.

La loi prévoit aussi que tous les services auxquels une personne est admissible et a droit en vertu de toute autre loi ne sont pas assurés.

Tous les résidents du Yukon jouissent de l'égalité d'accès aux services. Les tiers, comme les assureurs privés et la Commission de la santé et de la sécurité au travail, n'ont pas accès en priorité aux services en versant un supplément.

L'achat de services ou de fournitures non assurés, comme les plâtres en fibre de verre, ne compromet en rien l'accès aux services assurés. Les assurés sont informés de leurs options en matière de traitement lorsqu'ils reçoivent le service.

Le territoire n'a aucun processus officiel 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.

Dans le territoire, les médecins 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 conseils et le counseling donnés au téléphone. Le paiement n'a aucune incidence sur l'accès des patients aux services puisque les cliniques et les médecins ne facturent pas tous ces services et que d'autres agences ou les employeurs peuvent couvrir ces coûts.

Le processus utilisé pour désassurer un service couvert par le régime d'assurance maladie du Yukon est le suivant :

- Services médicaux : Le Comité de liaison de l'Association médicale du Yukon et du Régime d'assurance-santé du Yukon examine les modifications à apporter au Relative Value Guide to Fees, 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 Relative Value Guide to Fees en 2005-2006.
- 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 2006, aucun service hospitalier aux malades hospitalisés ou externes prévu au *Règlement* n'était 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 dans un hôpital sous anesthésie générale. Le directeur des services de santé assurés et de santé auditive gère ce processus.

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*. 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 » : « 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 interprovincial sur l'admissibilité et la transférabilité.

Aux termes du paragraphe 4(1) des deux règlements, un assuré est admissible aux services assurés et y a droit après minuit, le dernier jour du second mois suivant son arrivée au Yukon.

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 au délai de résidence, 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 visiteurs du territoire;
- les demandeurs du statut de réfugié;
- les membres des Forces canadiennes;

- les membres de la Gendarmerie royale du Canada;
- les détenus des pénitenciers fédéraux;
- les détenteurs de permis d'étude;
- les personnes ayant un permis de travail 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 dans le territoire;
- elles obtiennent le statut de résident permanent;
- le lendemain du jour où elles obtiennent leur congé ou leur libération si elles sont en poste dans le territoire ou y résident.

3.2 Exigences relatives à l'inscription au régime

Aux termes de l'article 16 de la *Loi sur l'assurance-santé*, « Chaque résident, sauf les personnes à charge ou celles qui sont exemptées par les règlements, est tenu de s'inscrire lui-même et d'inscrire les personnes à sa charge auprès du directeur selon les modalités – de forme et de temps – réglementaires. » L'inscription est gérée conformément à l'Accord sur l'admissibilité et la transférabilité.

Les personnes qui s'installent avec leurs personnes à charge de moins de 19 ans dans le territoire ont intérêt à présenter une demande d'inscription au régime d'assurance maladie dès leur arrivée. Pour ce faire, elles doivent remplir une formule d'inscription disponible dans les bureaux des services de santé assurés et de santé auditive ou auprès des agents territoriaux de la communauté. Lorsqu'elles sont couvertes, une carte d'assurance-maladie leur est délivrée.

Chaque membre de la famille reçoit une carte et un numéro distincts. Les cartes expirent chaque année, à la date d'anniversaire du résident. Une étiquette affichant la nouvelle date d'expiration est alors envoyée.

En date du 31 mars 2006, 32 226 résidents étaient inscrits au régime d'assurance-maladie du Yukon et aucun n'avait signifié son intention de se retirer du régime.

3.3 Autres catégories de personnes

Le régime d'assurance-maladie du Yukon prévoit la couverture d'autres catégories de personnes, comme suit (sous

réserve d'une période d'attente maximale de trois mois – voir section 3.1) :

- 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, le cas échéant;
- réfugiés au sens de la Convention – une période d'attente s'applique, à condition de détenir une autorisation d'emploi;
- 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.

Au cours de l'année 2005-2006, le nombre estimatif de nouveaux assurés au Yukon dans les catégories ci-dessous a été le suivant :

- Canadiens de retour au pays – 21;
- résidents permanents – 259;
- détenteurs de permis ministériel – 20;
- réfugiés au sens de la Convention – 20;
- membres des Forces armées (retraités) – 1;
- membres de la GRC (retraités) – 1.

Au cours de l'année 2005-2006, le nombre estimatif de nouveaux assurés au Yukon dans les catégories ci-dessous a été le suivant :

- travailleurs étrangers – 69;
- membres du clergé – 0.

3.4 Primes

Le paiement de primes par les résidents du Yukon a été aboli le 1^{er} avril 1987.

4.0 Transférabilité

4.1 Délai minimal de résidence

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 bénéficiaire est admissible aux services assurés à compter de minuit, le dernier jour du deuxième mois suivant le mois de son arrivée au Yukon. Toutes les personnes admissibles sont assujetties au délai minimal de résidence, 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-maladie durant une absence temporaire (au Canada).

Ces deux règlements stipulent qu'un assuré qui s'absente du territoire mais a l'intention d'y revenir a droit aux services assurés pour une période de 12 mois d'absence continue. Toutefois, les personnes qui quittent le territoire pour plus de deux mois devraient communiquer avec le régime d'assurance-maladie 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 territoire demeurent admissibles à l'assurance-maladie 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 sur l'admissibilité et la transférabilité, en vigueur depuis le 1^{er} février 2001. Les définitions des règlements, des politiques et des procédures sont uniformisées.

Aucune modification n'a été apportée à ces articles en 2005-2006.

Le Yukon adhère complètement aux ententes interprovinciales 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-maladie 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 où les services ont été fournis. Pendant l'année financière 2005-2006, les montants suivants ont été versés à des hôpitaux à l'extérieur du territoire (au Canada) :

- services aux malades hospitalisés – 8 698 387 \$;
- services ambulatoires – 1 735 520 \$.

Ces chiffres sont pour la date où les services ont été fournis et peuvent être sujets à changement.

En 2005-2006, les montants versés à des médecins à l'extérieur du territoire (ainsi qu'à ceux hors du pays) ont atteint 1 873 508 \$.

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

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 maladie pendant des absences temporaires (à l'étranger). Aucune modification n'a été apportée à ces articles en 2005-2006.

En vertu des articles 5 et 6, un assuré qui est absent du territoire et qui a l'intention d'y revenir est admissible aux services assurés pendant une absence de 12 mois consécutifs. Toutefois, les personnes qui quittent le territoire pour une période de plus de deux mois devraient communiquer avec le régime d'assurance maladie du Yukon et remplir un formulaire d'absence temporaire, sinon leur couverture pourrait être annulée.

Les dispositions concernant la transférabilité de l'assurance maladie 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 maladie 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 du Yukon admissibles sont payés aux taux établis pour l'Hôpital général de Whitehorse dans le *Règlement* sur le taux normalisé pour un traitement en clinique. Le taux normalisé à l'Hôpital général de Whitehorse était de 1 297 \$ en date du 1^{er} avril 2005. Ce taux, établi par décret, est fondé sur la valeur correspondante du service au Yukon.

Les services hospitaliers assurés fournis à l'extérieur du Canada aux malades externes admissibles du Yukon sont remboursés au taux établi par le *Règlement sur la facturation des soins dispensés en consultation externe*. Ce taux, qui est actuellement de 158 \$, est établi par décret et a été fixé par le Comité de coordination des ententes interprovinciales en assurance-santé (CCEIAS).

En 2005-2006, les montants suivants ont été versés pour des services d'urgence et des services non urgents offerts aux résidents du Yukon admissibles qui se trouvaient à l'étranger :

- services aux malades hospitalisés – 43 454 \$;
- services ambulatoires – 8 372 \$.

Ces chiffres sont pour la date où les services ont été fournis et peuvent être sujets à changement.

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 non urgents 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 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 avec l'aide du programme d'assurance-déplacements. 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-maladie du Yukon ne fait l'objet de surfacturation.

5.2 Accès aux services hospitaliers assurés

Aux termes de la *Loi sur les hôpitaux*, « l'assemblée législative et le gouvernement doivent veiller à ce que les établissements et les programmes hospitaliers nécessaires soient disponibles ». Le ministre doit approuver toute modification importante du niveau de prestation des services. Les lits de soins actifs sont rapidement disponibles

et il n'existe aucune liste d'attente aux deux établissements de soins actifs.

En date du 31 mars 2006, les nombres estimatifs d'équivalents temps plein (ETP) chez les infirmières et les professionnels de la santé des établissements offrant des services hospitaliers assurés au Yukon étaient les suivants :

Profession	Hôpital général de Whitehorse	Hôpital pavillonnaire de Watson Lake
	nombres de ETP	nombres de ETP
Infirmières autorisées	74,50	7,50
Infirmières auxiliaires	8,00	2,00
Infirmières praticiennes	0	0
Travailleurs sociaux	1,00	0
Pharmaciens	2,00	0
Physiothérapeutes	4,40	9,00
Ergothérapeutes	1,40	0
Psychologues	0	0
Laboratoire médical/radiologie	26,25	0
Diététistes	3,75	0
Santé publique	0	2,00
Soins à domicile	0	1,00

L'Hôpital général de Whitehorse et les services infirmiers communautaires gèrent, en collaboration avec le ministère de la Santé et des Affaires sociales, l'effectif des infirmières et des professionnels de la santé dans les deux hôpitaux du territoire. Les pénuries de main-d'œuvre sont comblées par des travailleurs temporaires, occasionnels ou auxiliaires pour que les résidents aient un accès continu aux services assurés.

Recrutement et maintien en poste

Voici certaines initiatives de recrutement et de maintien en poste :

1) Soins de santé communautaires :

Un comité consultatif du Yukon sur les soins infirmiers a été mis sur pied pour informer le ministère de la Santé et des Affaires sociales des enjeux associés aux soins infir-

miers. Les recommandations formulées par le comité aideront le Yukon à recruter et à maintenir en poste des infirmières, à court et à long terme. Le Yukon offre :

- des salaires concurrentiels;
- des primes au recrutement et de maintien en poste;
- une participation à des salons de l'emploi;
 - des possibilités de formation et d'éducation;
 - des primes de déplacement de 2 000 \$ après une année;
 - des postes de relève.

2) L'Hôpital général de Whitehorse offre :

- des salaires concurrentiels;
- une échelle salariale qui tient compte de l'expérience;
- des horaires de travail coopératif;
- un centre d'entraînement sur place ouvert en tout temps;
- des séances mensuelles de perfectionnement clinique;
- de la formation et du perfectionnement continus;
- des primes de déplacement de 2 000 \$ après une année.

Établissements

1) Hôpital général de Whitehorse :

Comme il s'agit du seul hôpital important de soins actifs du territoire, l'établissement offre des services d'urgence 24 heures sur 24, ainsi que des services aux malades hospitalisés et aux malades externes. Des médecins locaux assurent à tour de rôle les services d'urgence.

Les patients qui doivent être opérés d'urgence à l'Hôpital général de Whitehorse le sont habituellement dans les 24 heures. Ceux qui doivent subir une opération non urgente attendent généralement de une à deux semaines. Le nombre de consultations de spécialistes itinérants est régulièrement modifié en fonction des temps d'attente, particulièrement en orthopédie, en otorhinolaryngologie et en ophtalmologie (voir la section 5.3).

Services chirurgicaux fournis :

- interventions mineures en orthopédie;
- certaines interventions majeures en orthopédie;
- gynécologie;
- pédiatrie;
- chirurgie générale abdominale;
- mastectomie;
- traumatologie d'urgence;
- otorhinolaryngologie;

- ophtalmologie, y compris chirurgies de la cataracte.

Services de diagnostic :

- radiologie (y compris échographie, tomodensitométrie, radiographie et mammographie);
- analyses de laboratoire;
- électrocardiogrammes.

Certains services de réadaptation sont fournis dans le cadre des soins ambulatoires.

2) Hôpital pavillonnaire de Watson Lake :

Cet établissement de soins actifs est situé à Watson Lake. Des services médicaux y sont fournis en traumatologie d'urgence, maternité (faible risque), médecine, pédiatrie, soins palliatifs et soins de relève. Les services de diagnostic comprennent la radiologie, les analyses de laboratoire et les électrocardiogrammes. L'établissement compte 12 lits, et il n'y a pas de liste d'attente pour y être admis.

3) Centres de santé :

Les services d'urgence 24 heures sur 24 et les services aux malades externes sont fournis dans les 12 centres de santé communautaire par des infirmières communautaires et du personnel infirmier auxiliaire.

Les patients qui ont besoin d'un service hospitalier assuré qui n'est pas offert localement sont envoyés dans des établissements de soins actifs, au Yukon ou à l'extérieur du territoire, par l'intermédiaire du programme d'assurance-déplacements.

Mesures d'amélioration de l'accès

Certaines mesures visant à améliorer l'accès aux services hospitaliers assurés ont été prises. Le ministère de la Santé et des Affaires sociales continue de collaborer avec la Régie des hôpitaux du Yukon et les responsables des soins infirmiers communautaires pour diminuer ou ne pas augmenter les temps d'attente pour ces services dans le territoire. Par exemple :

- Tous les centres de santé ruraux du Yukon ont accès à des défibrillateurs cardiaques. Les infirmières praticiennes communautaires ont donc accès à un outil précieux, qui leur permet d'améliorer l'accès local à des soins cardiaques.
- Le Ministère est présent aux salons de recrutement de personnel infirmier tenus dans les diverses régions du pays et il fournit aux infirmières présentes de l'information sur le travail dans le territoire.

- Le comité d'évaluation technique continue de formuler des recommandations à l'intention du Ministère concernant les services et les programmes de santé au Yukon, au besoin. Il a comme mandat d'établir les modalités de la mise sur pied, de l'élimination, de l'expansion ou de la réduction des programmes ou des services.
- La télésanté fournit à la plupart des collectivités du Yukon et des régions rurales périphériques un accès par vidéo en temps réel à Whitehorse, et des services à Whitehorse de centres situés en Colombie-Britannique ou en Alberta.
- Des séances éducatives de télésanté continuent d'avoir lieu fréquemment entre Whitehorse et les régions rurales du Yukon, de même qu'entre Whitehorse et la Colombie-Britannique. Des patients, des médecins, des infirmières, des travailleurs sociaux, des psychiatres, des conseillers en santé mentale et des professionnels paramédicaux, comme des représentants en santé communautaire et des « travailleurs pour le mieux-être » des Premières nations, y assistent.

5.3 Accès aux services médicaux et de chirurgie dentaire assurés

Les lois en vigueur et l'administration des services prévoient que tous les résidents admissibles du Yukon ont un même accès aux services dentaires et médicaux assurés, selon des modalités uniformes.

En date du 31 mars 2006 (voir le point 7 du tableau statistique), les dentistes, les spécialistes et les médecins résidents du territoire qui offraient des services au Yukon étaient les suivants :

- généralistes/médecins de famille – 55;
- spécialistes – 9;
- dentistes – 6.

Un programme d'assurance-déplacements s'ajoute à la répartition habituelle des médecins et des spécialistes dans le territoire pour offrir un accès uniforme aux services médicaux et dentaires assurés. Ce programme couvre les coûts du transport médicalement requis, permettant ainsi aux personnes admissibles d'avoir accès à des services non offerts dans leur collectivité. Des personnes admissibles sont couramment envoyées à Whitehorse, à Vancouver, à Edmonton ou à Calgary pour y recevoir des services.

La plupart des médecins du Yukon se trouvent à Whitehorse. À l'extérieur de Whitehorse, seules deux collectivités rurales ont des médecins résidents rémunérés à l'acte : Dawson City et Watson Lake. Deux autres médecins contractuels servent les résidents de Faro et de Mayo.

Le programme de médecins itinérants offre l'accès local à des services médicaux assurés dans dix collectivités rurales et éloignées. La fréquence des consultations itinérantes est fonction de la demande et de l'utilisation. Les médecins qui offrent des services itinérants par l'entremise de ce programme sont indemnisés, en vertu d'un contrat, pour le temps de pratique perdu, le kilométrage, les repas et l'hébergement, en plus d'être rémunérés à la vacation ou à l'acte.

De plus, le ministère de la Santé et des Affaires sociales, de même que le programme de médecins spécialistes itinérants, permet d'offrir à l'Hôpital général de Whitehorse, aux Services de santé mentale ou à l'Unité des maladies transmissibles du Yukon des services de spécialistes itinérants de l'extérieur du Yukon, services qui ne sont habituellement pas offerts dans le territoire. Les spécialistes itinérants voient leurs dépenses remboursées et sont de plus rémunérés à la vacation ou à l'acte.

Le nombre de spécialistes qui fournissent des services relevant du programme de médecins spécialistes itinérants ou du ministère de la Santé et des Affaires sociales est el suivant :

- ophtalmologie – 1
- oncologie – 3
- médecine interne – 2
- otorhinolaryngologie – 2
- neurologie – 1
- rhumatologie – 1
- dermatologie - 1
- chirurgie dentaire – 3
- maladies infectieuses – 1
- psychiatrie – 3
- orthopédie – 3

Les consultations des spécialistes itinérants se tiennent de une à huit fois par année, selon la demande de service et la disponibilité des spécialistes. En date du 31 mars 2006, les périodes d'attente pour des services spécialisés non urgents étaient estimées comme suit :

- ophtalmologie – 12 à 18 mois
- orthopédie – 2 à 24 mois
- otorhinolaryngologie – 1 à 3 mois

- neurologie – 3 à 5 mois
- rhumatologie – 3 à 5 mois
- chirurgie dentaire – 2 à 3 mois

Les services de chirurgie dentaire ne sont pas fournis dans le cadre du programme de médecins spécialistes itinérants administré par l'Hôpital général de Whitehorse. À noter qu'il n'y a pas de liste d'attente pour les services itinérants non énumérés ci-dessus. Les patients sont vus à la prochaine visite prévue.

Le ministère de la Santé et des Affaires sociales a pris des mesures de réduction des temps d'attente pour les services médicaux assurés. Différentes initiatives de recrutement et de maintien en poste ont été amorcées en 2001-2002 et en 2002-2003, notamment le Programme de soutien aux médecins résidents, le Programme de soutien aux médecins suppléants, le Fonds pour le déménagement des médecins, le Programme de soutien à l'éducation et le Fonds pour la formation en région rurale. Le ministère de la Santé et des Affaires sociales continue à collaborer avec l'Association médicale du Yukon pour créer des initiatives de coopération supplémentaires, initiatives qui seront mises en oeuvre dans le cadre du protocole d'entente renouvelé le 1^{er} avril 2004.

D'autres mesures d'accès et de réduction des temps d'attente ont été prises en 2005-2006 :

- Le Yukon a déclaré avoir un besoin qui l'autorise à délivrer aux diplômés en médecine de l'étranger une licence spéciale pour qu'ils puissent exercer au Yukon. Ces médecins travailleront sous la supervision d'un médecin résident du territoire et fourniront des services médicaux aux habitants de Whitehorse.

Le Conseil médical du Yukon et le ministère de la Santé et des Affaires sociales ont fait la promotion d'un programme d'évaluation des compétences cliniques des diplômés en médecine de l'étranger afin de s'assurer que ces médecins possèdent les compétences et l'expérience requises pour fournir des soins de grande qualité aux patients du Yukon. Un diplômé international en médecine local a été accepté dans ce programme et l'a réussi.

Les médecins ont dit vouloir examiner d'autres modèles de prestation de soins de santé. Le gouvernement collabore avec les médecins du Yukon pour faciliter ce processus.

5.4 Rémunération des médecins

Le ministère de la Santé et des Affaires sociales obtient son mandat du gouvernement du Yukon avant de négocier avec l'Association médicale du Yukon (AMY). L'AMY et le gouvernement nomment chacun des membres de l'équipe de négociation. Ces derniers se réunissent jusqu'à ce qu'ils en arrivent à un accord. L'équipe de négociation de l'AMY demande 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 dernier protocole d'entente quadriennal est entré en vigueur le 1^{er} avril 2004 et le demeurera jusqu'au 31 mars 2008. Ce protocole d'entente a fixé les modalités de rémunération des médecins et établit deux nouveaux programmes : le programme pour les nouveaux patients et le programme de maintien en poste 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 aux articles concernant ce paiement en 2005-2006.

La majeure partie des services médicaux et de chirurgie dentaire assurés fournis aux résidents est remboursée selon le mode de la rémunération à l'acte. En 2005-2006, deux médecins résidents de médecine rurale à temps plein et quatre spécialistes résidents étaient rémunérés sur une base contractuelle. Deux médecins qui offraient des consultations dans des régions périphériques étaient payés à la vacation.

5.5 Paiements aux hôpitaux

Le gouvernement du Yukon finance la Régie des hôpitaux du Yukon (l'Hôpital général de Whitehorse) par l'entremise d'accords de contribution globaux conclus avec le ministère de la Santé et des Affaires sociales. Les niveaux de financement globaux des frais de fonctionnement et d'entretien et des immobilisations font l'objet de négociations, et sont établis en fonction des exigences opérationnelles et des projections de l'utilisation fondées sur les années antérieures. En plus du financement des frais de fonctionnement et d'entretien et des immobilisations prévu par l'accord, les hôpitaux peuvent présenter des demandes de financement

supplémentaire pour mettre en œuvre des programmes nouveaux ou améliorés.

Seul l'Hôpital général de Whitehorse reçoit directement des fonds dans le cadre d'un accord de contribution. L'hôpital pavillonnaire de Watson Lake et tous les centres de santé sont financés à partir du budget du gouvernement du Yukon.

La *Loi sur l'assurance-hospitalisation* et le *Règlement sur l'assurance-hospitalisation du Yukon* régissent les paiements versés par le régime d'assurance-maladie aux établissements qui offrent des services hospitaliers assurés. Ces textes établissent le cadre régissant le versement de paiements à l'égard des services assurés fournis par ces hôpitaux aux assurés. Aucune modification n'a été apportée aux articles concernant ces paiements en 2005-2006.

6.0 Reconnaissance accordée aux transferts fédéraux

Le gouvernement du Yukon a tenu compte des contributions fédérales versées dans le cadre du Transfert canadien en matière de santé dans son Budget annuel des dépenses pour 2005-2006 et dans ses comptes publics, 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.

7.0 Services de santé complémentaires

Soins intermédiaires en maison de repos et soins en établissement pour adultes

Des services de soins de santé prolongés sont offerts aux résidents admissibles du Yukon. En 2005-2006, trois établissements offraient un ou plusieurs des services suivants : soins personnels; services complémentaires de santé; soins intermédiaires en maison de repos; soins

spéciaux; soins de relève; programme de jour et popote roulante.

Au total, on comptait 138 lits de soins continus dans le territoire en 2005-2006.

Il n'y a pas d'exigences établies par la *Loi* en ce qui concerne les services de soins de longue durée en établissement pour adultes au Yukon. Aucun autre changement important n'a été apporté à l'administration de ces services en 2005-2006.

Services de soins à domicile

Le programme de soins à domicile du Yukon offre des services d'évaluation et de traitement, de gestion des soins, de soutien personnel, d'entretien ménager, d'aide sociale, de relève et de soins palliatifs. À Whitehorse, les services sont fournis par des travailleurs de maintien à domicile, des infirmières, des travailleurs sociaux et des thérapeutes. Certaines collectivités rurales comptent sur une infirmière affectée en propre aux soins à domicile, mais dans la majorité des collectivités rurales, les soins infirmiers sont fournis dans le cadre du programme de soins infirmiers communautaires. Des travailleurs de maintien à domicile offrent des soins personnels, des services d'entretien ménager et des services de relève. Les services de thérapie sont fournis par une équipe régionale itinérante composée de physiothérapeutes et d'ergothérapeutes. Les services sont disponibles du lundi au vendredi. À Whitehorse, d'autres services, comme un soutien planifié pendant la fin de semaine ou en soirée, peuvent être offerts. Des soins de 24 h sont disponibles.

Il n'y a pas d'exigences établies par la loi en ce qui concerne les services de soins à domicile au Yukon. Aucun autre changement important n'a été apporté à l'administration de ces services en 2005-2006.

Services de soins de santé ambulatoires

Le programme de soins à domicile du Yukon fournit la majorité des services de soins de santé ambulatoires à l'extérieur des établissements. La plupart des autres services sont fournis par des services infirmiers communautaires ou des services de santé publique. Les résidents ont tous le même accès à ces services, qui ne sont pas prévus dans la législation.

Certains changements ont été apportés à la gestion de ces services en 2005-2006. Dans le cadre du programme d'assurance-déplacements, des majorations ont été approuvées à la composante subside et au kilométrage remboursé. Depuis 2006-2007, les personnes admissibles auront droit à 75 \$ par jour à compter du deuxième jour de déplacement pour des raisons médicales. Le taux de remboursement pour les personnes qui voyagent en voiture passera à 0,30 \$ au kilomètre. En plus des services dont la liste figure ci-après, les résidents du Yukon ont aussi accès aux programmes et services suivants, qui ne sont pas prescrits dans la *Loi canadienne sur la santé* :

- Programme de prestations aux personnes atteintes d'une incapacité ou d'une affection chronique – Verse des prestations aux résidents du Yukon admissibles atteints d'une maladie chronique particulière ou d'un grave handicap fonctionnel. Couvre des médicaments d'ordonnance et les fournitures et pièces d'équipement médicochirurgicales nécessaires. (*Règlement sur les prestations aux personnes atteintes d'une incapacité ou d'une affection chronique*);
- Programme d'assurance-médicaments et Programme de prestations complémentaires – Aident les aînés inscrits à assumer le coût des médicaments d'ordonnance, des soins dentaires, des soins de la vue, des services de santé auditive et des fournitures et pièces d'équipement médicochirurgicales. (*Règlement sur le régime d'assurance-médicaments* et *Règlement sur les prestations complémentaires du régime d'assurance-santé*);
- Programme d'assurance-déplacements – Couvre, pour les résidents admissibles du Yukon, le coût du transport urgent ou non urgent médicalement nécessaire par voie aérienne ou terrestre pour recevoir des services qui ne sont pas offerts à l'échelle locale. (*Loi sur les frais de déplacement liés à des soins médicaux* et son règlement);
- Programme d'assurance-médicaments et de soins de la vue pour les enfants – Aide les familles à faible revenu à assumer le coût des médicaments d'ordonnance, des examens de la vue et des lunettes d'ordonnance pour les personnes de 18 ans et moins. (*Règlement sur les prestations pour les soins de la vue et les médicaments prescrits aux enfants*);
- Services de santé mentale – Offre des services d'évaluation, de diagnostic, de traitement individuel et en groupe, de consultation et d'aiguillage aux personnes

- aux prises avec une variété de problèmes de santé mentale. (*Loi sur la santé mentale et son règlement*);
- Santé publique – Fait la promotion de la santé et du bien-être partout sur le territoire au moyen de divers programmes de prévention et d'éducation. Ce programme n'est pas imposé par la loi;
 - Programme de services ambulanciers – Assure la stabilisation des urgences et le transport des personnes malades ou blessées du lieu de l'accident à l'établissement de santé le plus près en mesure de dispenser les soins du niveau requis. Ce programme n'est pas imposé par la loi;
 - Services de santé auditive – Offre aux personnes de tous âges souffrant d'une variété de troubles de l'ouïe des services d'évaluation systématique et de diagnostic. Mène des activités de sensibilisation du public. Ce programme n'est pas imposé par la loi;
 - Programme de soins dentaires – Fournit des soins dentaires complets — diagnostic, prévention et restauration — aux enfants du niveau préscolaire à la 8^e année, à Whitehorse et à Dawson City. Les soins s'étendent jusqu'à la 12^e année (fin du secondaire) dans toutes les autres collectivités du Yukon. Ce programme n'est pas imposé par la loi.

Personnes inscrites					
	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006
1. Nombre total de personnes inscrites au 31 mars.	31 036	30 534	30 917	31 505	32 226

Services hospitaliers assurés dans la province ou le territoire					
Établissements publics	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006
2. Quantité :					
a. soins actifs	2	2	2	2	2
b. soins chroniques	0	0	0	0	0
c. soins de réadaptation	0	0	0	0	0
d. autres	13 ¹	13 ¹	13 ¹	13 ¹	13 ¹
e. total	15	15	15	15	15
3. Paiements (\$) : ²					
a. soins de courte durée	21 920 937	22 515 448	24 877 479	26 255 596	26 867 501
b. soins chroniques	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
c. soins de réadaptation	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. autres	5 997 920 ¹	6 133 453 ¹	6 318 565 ¹	6 509 897 ¹	6 862 368 ¹
e. total	27 918 907	28 648 901	31 196 044	32 765 493	33 729 869
Établissements privés à but lucratif	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006
4. Quantité :					
a. installations chirurgicales	0	0	0	0	0
b. établissements d'imagerie diagnostique	0	0	0	0	0
c. total	0	0	0	0	0
5. Nombre de services hospitaliers assurés qui sont fournis :					
a. installations chirurgicales	0	0	0	0	0
b. établissements d'imagerie diagnostique	0	0	0	0	0
c. total	0	0	0	0	0
6. Paiements totaux destinés aux (\$) :					
a. installations chirurgicales	0	0	0	0	0
b. établissements d'imagerie diagnostique	0	0	0	0	0
c. total	0	0	0	0	0

1. Comprend 12 centres de santé et un poste sanitaire satellite.
2. Les montants comprennent les paiements liés au fonctionnement et entretien uniquement. Pour 2004-2005, le paiement à des établissements offrant d'autres services a été revu.

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire					
	2001-2002	2002-2003	2003-2004 ³	2004-2005 ³	2005-2006 ³
7. Nombre de médecins participants : ⁴					
a. omnipraticiens	49	53	55	54	55
b. spécialistes	5	6	8	8	9
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	54	59	63	62	64
8. Nombre de médecins qui ont opté pour le retrait du régime d'assurance-maladie :					
a. omnipraticiens	0	0	0	0	0
b. spécialistes	0	0	0	0	0
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	0	0	0	0	0
9. Nombre de médecins qui ne participent pas :					
a. omnipraticiens	0	0	0	0	0
b. spécialistes	0	0	0	0	0
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	0	0	0	0	0
10. Services fournis grâce à <u>toutes les méthodes de paiement</u> :					
a. nombre de services	201 437	232 624	235 642	238 797	248 646
b. paiements totaux	9 017 141	10 625 211	11 769 018	12 892 522	13 752 251
11. Nombre de services offerts grâce au <u>paiement à l'acte</u> :					
a. omnipraticiens	160 932	186 479	191 002	207 053	214 305
b. spécialistes	11 881	11 040	10 460	11 978	11 510
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	172 813	197 519	200 462	219 031	225 815
12. Versements totaux pour les médecins grâce au <u>paiement à l'acte</u> (\$) :					
a. omnipraticiens	5 692 583	6 740 552	7 336 403	8 168 042	8 679 497
b. spécialistes	1 143 968	971 283	984 711	1 033 537	1 168 494
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	6 836 551	7 711 835	8 321 114	9 201 579	9 847 991
13. Quantité de services fournis grâce au <u>paiement à l'acte</u> :					
a. médicaux	131 004	154 591	151 825	171 657	173 754
b. chirurgicaux	26 653	26 388	31 894	31 036	33 082
c. diagnostics	15 156	16 540	16 472	16 338	18 979
d. autres	0	0	0	0	0
e. total	172 813	197 519	200 461	219 031	225 815
14. Paiements totaux effectués aux médecins grâce au <u>paiement à l'acte</u> (\$) :					
a. médicaux	5 550 975	6 386 109	6 802 367	7 722 884	8 065 738
b. chirurgicaux	1 057 467	1 029 697	1 257 750	1 289 558	1 466 488
c. diagnostics	228 109	296 029	260 997	189 137	315 764
d. autres	0	0	0	0	0
e. total	6 836 551	7 711 835	8 321 114	9 201 579	9 847 990

3. Comprend les paiements des services médicaux sur appel.

4. Comprend seulement les médecins de famille et les spécialistes résidents.

Services assurés offerts aux résidents dans une autre province ou un autre territoire					
Hôpitaux	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006
15. Nombre total de demandes, malades hospitalisés.	663	666	783	674	714
16. Nombre total de demandes, consultations externes.	6 547	7 241	6 938	7 412	8 450
17. Paiements totaux, malades hospitalisés (\$).	4 299 055	5 861 530	7 587 906	5 857 725	8 698 387
18. Paiements totaux, consultations externes (\$).	945 804	1 037 692	936 376	1 306 531	1 735 520
19. Paiement moyen, malades hospitalisés (\$).	6 484,25	8 801,10	9 690,81	8 690,99	12 182,61
20. Paiement moyen, consultations externes (\$).	144,47	143,31	134,96	176,27	205,39
Médecins	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006
21. Quantité de services.	32 461	34 853	34 037	35 401	35 781
22. Paiements totaux (\$).	1 601 642	1 799 019	1 833 654	1 921 260	1 873 508
23. Paiement moyen par service (\$).	49,34	51,62	53,87	54,27	52,36

Services assurés offerts à l'extérieur du Canada					
Hôpitaux	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006
24. Nombre total de demandes, malades hospitalisés.	15	9	8	14	15
25. Nombre total de demandes, consultations externes.	40	26	46	64	55
26. Paiements totaux, malades hospitalisés (\$).	50 599	9 339	13 536	30 566	43 454
27. Paiements totaux, consultations externes (\$).	4 431	2 451	5 994	9 965	8 372
28. Paiement moyen, malades hospitalisés (\$).	3 373,27	1 037,67	1 692,00	2 183,29	2 896,93
29. Paiement moyen, consultations externes (\$).	110,78	94,27	130,30	155,70	152,22
Médecins	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006
30. Quantité de services.	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
31. Paiements totaux (\$).	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
32. Paiement moyen par service (\$).	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible

Services chirurgicaux et dentaires assurés dans la province ou le territoire					
	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006
33. Nombre de dentistes participants.	11	8	6	6	6
34. Nombre de services fournis.	214	150	104	30	24
35. Paiements totaux (\$).	51 078	37 342	25 093	29 712	25 072
36. Paiement moyen par service (\$).	238,69	248,95	241,28	990,40	1 044,67

5. Comprend la facturation directe des services assurés de chirurgie dentaire reçus à l'extérieur du territoire.

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire Spécialistes itinérants, médecins suppléants et remboursement aux membres ⁶					
	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006
37. Nombre de services offerts grâce au paiement à l'acte :					
a. omnipraticiens	18 663	21 896	21 109	5 264	8 229
b. spécialistes	11 323	12 830	6 165	7 771	8 898
c. total	29 986	34 726	27 274	13 035	17 127
38. Versements totaux pour les médecins grâce au paiement :					
a. omnipraticiens	699 718	788 293	819 490	243 203 ⁷	415 959
b. spécialistes	885 944	1 192 364	1 020 988	1 252 498	1 470 330
c. total	1 585 662	1 980 657	1 840 478	1 495 701	1 886 289
39. Quantité de services fournis grâce à toutes les méthodes de paiement :					
a. médicaux	23 431	25 402	23 466	8 999	14 341
b. chirurgicaux	4 888	7 510	2 097	2 656	1 482
c. diagnostics	1 667	1 814	1 711	1 380	1 303
d. total	29 986	34 726	27 274	13 035	17 126
40. Paiement totaux effectués aux médecins grâce à toutes les méthodes de paiement (\$):					
a. médicaux	1 224 899	1 392 766	1 371 373	1 021 817	1 492 628
b. chirurgicaux	285 503	481 940	374 435	368 891	294 662
c. diagnostics	75 261	105 951	94 671	104 993	98 999
d. total	1 585 663	1 980 657	1 840 479	1 495 701	1 886 289

6. Comprend les spécialistes itinérants, le remboursement des membres, les médecins suppléants et les tests paiement à l'acte offerts par les opticiens. Ne comprend pas les services et les coûts fournis selon d'autres modalités.

7. La réduction de 2004-2005 par rapport aux années précédentes est due à une diminution du nombre d'omnipraticiens suppléants fournis et au transfert des données sur les médecins à la catégorie des médecins résidents.

Territoires du Nord-Ouest

Introduction

De concert avec sept autorités régionales de la santé et des services sociaux (ARSSS) et l'Agence de services communautaires Tlicho, le ministère de la Santé et des Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest (T.N.-O.) (dorénavant le Ministère) planifie, gère et offre une gamme complète de services de soins de santé et de services sociaux disponibles en milieu communautaire et dans des établissements. Les programmes de santé communautaire comprennent des cliniques sans rendez-vous, des cliniques de santé publique, des soins à domicile, des programmes de santé en milieu scolaire et des programmes d'éducation. Des médecins et des spécialistes se rendent régulièrement dans les collectivités qui n'ont pas de médecin résident. Les services offerts comprennent également l'intervention précoce, le soutien aux familles et aux enfants, les services de santé mentale et le traitement des toxicomanies.

Le 1^{er} avril 2006, les T.N.-O. comptaient plus de 40 000 habitants, dont la moitié étaient des Autochtones¹. La population des T.N.-O. demeure relativement jeune, et le taux de natalité y est élevé. Selon les prévisions démographiques de 2005, environ 25 p. 100 de la population des T.N.-O. était âgée de moins de 15 ans, comparativement à 18 p. 100 pour la population canadienne dans son ensemble².

Pendant la période visée, le Ministère a lancé plusieurs importantes initiatives, dont les suivantes :

- La mise en œuvre de la *Loi sur la profession de sage-femme*, qui régleme les services de sage-femme et les intègre dans les services assurés. En vertu de cette loi, les sages-femmes sont des prestataires autonomes

de soins de santé primaires que les clientes peuvent choisir comme point d'entrée initial dans le système de soins de maternité, ce qui permet à certaines femmes d'accoucher plus près de chez elles.

- *Access to Health Care and Addressing Wait Times in the NWT*, un rapport qui documente le travail en cours pour s'attaquer aux problèmes de l'accès aux soins de santé primaires et des temps d'attente pour la chirurgie et l'imagerie diagnostique dans les Territoires. Le rapport contient un plan de travail pour poursuivre les efforts afin d'améliorer l'accès aux services de soins de santé pour tous les résidents.
- La mise en œuvre de la *Loi sur l'Agence de services communautaires Tlicho*. Cette loi reconnaît l'Agence de services communautaires Tlicho comme conseil d'administration et l'autorise à superviser et à mettre en place des programmes de services de santé et de services sociaux dans la région de Tlicho.
- L'adoption de la *Loi sur le tabac* par l'Assemblée législative en mars 2006. Cette loi interdit de fumer dans tous les lieux publics et régleme la vente et l'étalage du tabac dans les T. N.-O. Les pharmacies, les établissements récréatifs et les distributrices ne vendront plus de produits du tabac. Les détaillants ne seront plus autorisés à étaler des produits du tabac et devront afficher des informations sur les risques du tabac pour la santé.

Le Ministère a un site Web bilingue (anglais et français) (www.hlthss.gov.nt.ca/French/default.htm) grâce auquel le public a accès à une gamme complète de renseignements, y compris des copies électroniques des rapports publiés par le Ministère.

1.0 Gestion publique

1.1 Régime d'assurance maladie et autorité publique

Le régime de soins de santé des T.N.-O. comprend le régime d'assurance-maladie et le régime d'assurance-hospitalisation. L'administration du régime d'assurance-maladie relève du directeur de l'assurance médicale, lequel

1 Statistique Canada, Estimations de la population canadienne, premier trimestre 2006.

2 Statistique Canada, CANSIM, tableau 051-0001.

est nommé en vertu de la *Loi sur l'assurance-maladie*. Le ministre gère le régime d'assurance-hospitalisation par l'entremise de conseils d'administration établis en vertu de l'article 10 de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des services de santé et des services sociaux*.

Le programme d'assurance pour les soins médicaux des Territoires du Nord-Ouest est assujéti aux 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* (révisée en 2005). Les modifications apportées à la *Loi sur l'assurance-maladie* découlent de l'établissement de l'Agence de services communautaires Tlicho par la *Loi sur l'Agence de services communautaires Tlicho*.

1.2 Liens hiérarchiques

Dans les Territoires du Nord-Ouest, le ministre de la Santé et des Services sociaux nomme un directeur de l'assurance-maladie, qui est responsable de la gestion de la *Loi sur l'assurance-maladie* et de ses règlements d'application. Au cours de chaque exercice, le directeur présente un rapport au ministre relativement au fonctionnement du régime d'assurance-maladie.

Le ministre désigne également les membres d'un conseil d'administration pour chaque autorité régionale de la santé et des services sociaux (ARSSS) des T.N.-O. Les conseils sont dotés du pouvoir de gérer et de surveiller les établissements de santé et de services et de veiller à leur fonctionnement. Les présidents des conseils siègent indéfiniment, tandis que les autres membres sont nommés pour un mandat de trois ans. Les autorités de la communauté Tlicho nomment des membres au conseil d'administration Tlicho pour un maximum de quatre ans.

Les comptes de chaque conseil d'administration sont vérifiés annuellement. Le ministre rencontre régulièrement les présidents des conseils, qui profitent de cette occasion pour communiquer des renseignements non financiers.

1.3 Vérification des comptes

Le régime d'assurance-hospitalisation et le régime d'assurance-maladie sont gérés par le ministre de la Santé et des Services sociaux. Le Bureau du vérificateur général du Canada (BVGC) vérifie les paiements effectués en vertu du régime d'assurance-maladie et du régime d'assurance-hospitalisation.

2.0 Intégralité

2.1 Services hospitaliers assurés

Les services hospitaliers assurés sont offerts en vertu de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des services de santé et des services sociaux* et de ses règlements d'application. Cette loi a été modifiée en 2005 afin de reconnaître l'Agence de services communautaires Tlicho, nouvellement établie, comme conseil d'administration. La même année, le *Règlement sur les normes dans les hôpitaux* a été abrogé et remplacé par le *Règlement sur les normes dans les hôpitaux et les établissements de soins de santé*.

Au cours de l'exercice 2005-2006, quatre hôpitaux et 28 centres de santé fournissaient des services hospitaliers assurés aux malades hospitalisés et aux malades externes.

Les Territoires du Nord-Ouest offrent une protection pour une gamme complète de services hospitaliers assurés. Ils offrent aux patients hospitalisés les services assurés suivants : l'hébergement et les repas en salle commune; les services infirmiers nécessaires; les services de laboratoire, de radiologie et autres services de diagnostic ainsi que les interprétations nécessaires; les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes prescrits par un médecin et administrés à l'hôpital; les fournitures chirurgicales courantes; l'usage des salles d'opération, des salles de travail et des installations d'anesthésie; l'usage des services de radiothérapie et de physiothérapie, là où ils existent; les services de psychiatrie et de psychologie offerts dans le cadre d'un programme agréé; les services offerts par des personnes rémunérées par l'hôpital; et les services fournis par un centre de désintoxication agréé.

Les T.N.-O. fournissent aussi les services externes suivants : les analyses en laboratoire et les radiographies, y compris

l'interprétation de ces examens, lorsqu'elles sont requises par un médecin et effectuées dans un centre de consultation externe ou dans un hôpital agréé; les services hospitaliers en rapport avec la plupart des interventions médicales et chirurgicales bénignes; les services de physiothérapie, d'ergothérapie et d'orthophonie offerts dans un hôpital agréé; et les services de psychiatrie et de psychologie fournis dans le cadre d'un programme offert dans un hôpital agréé.

Le *Règlement sur les services d'assurance-hospitalisation* contient une liste détaillée des services assurés offerts aux patients hospitalisés et aux patients en consultation externe. L'article 1 de ce règlement définit les « services assurés aux patients externes » comme les services et les fournitures suivants, qui sont offerts aux patients externes : les services de laboratoire, de radiologie et autres services de diagnostic ainsi que les interprétations nécessaires pour aider à établir un diagnostic et un traitement pour toute blessure, maladie ou incapacité, à l'exclusion de procédés simples comme les examens hématologiques et les analyses d'urine, qui font habituellement partie des examens courants des médecins; les services infirmiers nécessaires; les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes, tels qu'ils sont inscrits à l'annexe B, lorsqu'ils sont administrés dans un hôpital; l'usage des salles d'opération et des installations d'anesthésie, y compris l'équipement et les fournitures nécessaires; les fournitures chirurgicales courantes; les services offerts par des personnes qui sont rémunérées par un hôpital pour la prestation de ces services; les services de radiothérapie offerts dans des établissements assurés; et les services de physiothérapie offerts 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 assurés qui ne sont pas disponibles dans les Territoires du Nord-Ouest, les résidents les reçoivent dans des hôpitaux d'autres provinces ou territoires, à condition que ces services soient médicalement nécessaires. Les T.N.-O. offrent une aide pour le déplacement à des fins médicales et un régime de prestations sanitaires supplémentaire (prévu dans la politique de déplacement à des fins médicales), qui assure aux résidents des T.N.-O. l'accès aux services médicalement nécessaires.

2.2 Services médicaux assurés

La *Loi sur l'assurance-maladie des Territoires du Nord-Ouest* et son règlement d'application prévoient la prestation de services médicaux assurés.

Les médecins, les infirmières, les infirmières praticiennes et les sages-femmes sont autorisés à fournir des services de santé dans le cadre du régime d'assurance-maladie. Les médecins et les infirmières praticiennes doivent avoir obtenu l'autorisation de pratiquer dans les T.N.-O. Les sages-femmes et les infirmières doivent répondre aux exigences d'admission à la profession énoncées dans la *Loi sur la profession de sage-femme* et la *Loi sur la profession infirmière*. En date du 31 mars 2006, 232 médecins étaient autorisés à exercer dans les Territoires du Nord-Ouest.

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 2006, aucun médecin n'exerçait en dehors du régime d'assurance-maladie.

Les Territoires du Nord-Ouest offrent une vaste gamme de services médicaux nécessaires. On y fournit, sans restriction, tout service considéré comme assuré. Tous les actes médicalement nécessaires effectués par les médecins sont assurés en vertu du régime d'assurance-maladie, y compris les services suivants : les services de diagnostic et les services thérapeutiques approuvés; les services chirurgicaux nécessaires; les soins obstétricaux complets; les examens des yeux; et les consultations chez un spécialiste, même si le patient ne lui a pas été adressé par un omnipraticien.

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 ou de supprimer des services au *Règlement*, comme suit :

- établir un régime d'assurance-maladie qui offre aux assurés, par l'entremise de médecins, des services assurés qui respecteront les exigences de la *Loi canadienne sur la santé* et permettront aux T.N.-O. de recevoir des contributions en espèces du gouvernement fédéral en vertu du Transfert canadien en matière de santé;
- fixer les taux d'honoraires et les frais qui peuvent être payés pour les services assurés rendus par des médecins à l'intérieur ou à l'extérieur des T.N.-O., et les conditions auxquelles les honoraires et les frais sont payables.

2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

Les services assurés et les services associés à la chirurgie buccale et maxillo-faciale ou à une intervention consécutive à une blessure à la mâchoire ou à une maladie de la bouche ou de la mâchoire sont admissibles. Seuls les chirurgiens stomatologistes peuvent présenter des demandes de paiement. Les T.N.-O. utilisent comme guide le barème de la province de l'Alberta pour les services de chirurgie buccale et maxillo-faciale.

2.4 Services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

Voici les services fournis par les hôpitaux, les médecins et les dentistes qui ne sont pas couverts par le régime d'assurance-maladie des T.N.-O. : les services médico-légaux; les examens effectués par des tiers; les services non médicalement nécessaires; les vaccinations de groupe; la fécondation in vitro; les services offerts par un médecin aux membres de sa famille; les consultations téléphoniques ou les ordonnances fournies par téléphone; la chirurgie esthétique, sauf si elle est médicalement nécessaire; les services dentaires autres que les services de chirurgie buccale et maxillo-faciale nommément désignés; les pansements, les médicaments, les vaccins, les produits biologiques et les préparations connexes, lorsque l'acte est réalisé au cabinet du médecin; les lunettes et les appareils spéciaux; les plâtres, les appareils chirurgicaux ou les bandages spéciaux; les traitements fournis au cours des services de chiropractie, de podologie, de naturopathie, d'ostéopathie ou de toute autre intervention pratiquée habituellement par des personnes qui ne sont pas médecins, comme il est défini dans la *Loi sur l'assurance-maladie* et son règlement d'application; les services de physiothérapie et de psychologie qui n'ont pas été donnés dans un établissement de consultation externe assuré; les services assurés en vertu de la *Loi sur les accidents du travail* ou de toute autre loi fédérale ou territoriale; et les examens de santé annuels courants, 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 la fourniture de biens ou de services médicaux non assurés en même temps que pour la prestation d'un service de santé assuré. Un conseiller médical fournit au

directeur des recommandations concernant la pertinence de la demande.

La *Loi sur l'assurance-maladie des T.N.-O.* comprend le *Règlement sur les soins médicaux* et prévoit le pouvoir de négocier des modifications ou des suppressions au barème d'honoraires. Le processus est décrit à la partie 2.2 du présent rapport.

3.0 Universalité

3.1 Admissibilité au régime

La *Loi sur l'assurance-maladie* définit l'admissibilité des résidents des T.N.-O. au régime d'assurance-maladie des T.N.-O.

Pour définir l'admissibilité, on a recours à l'entente inter-provinciale sur l'admissibilité et la transférabilité ainsi qu'aux directives ayant trait à l'inscription au régime d'assurance-maladie des T.N.-O. Aucune modification en matière d'admissibilité n'a été apportée pour la période couverte par le rapport.

Le régime d'assurance-maladie des T.N.-O. exclut les membres des Forces armées canadiennes, les membres de la Gendarmerie royale du Canada, les personnes purgeant une peine d'emprisonnement dans un pénitencier du gouvernement fédéral et les résidents dont la période d'attente minimale n'est pas terminée. Dans le cas des personnes qui ont quitté les Forces armées canadiennes ou la GRC ou qui ont terminé leur peine dans un pénitencier fédéral, ou des citoyens canadiens qui reviennent dans les T.N.-O. après avoir vécu ailleurs au Canada, l'admissibilité au régime entre en vigueur le jour où la résidence permanente est établie.

3.2 Exigences relatives à l'inscription au régime

Pour s'inscrire au régime, les personnes doivent remplir un formulaire de demande et fournir les documents justificatifs pertinents (notamment, visas et documents d'immigration). Les demandeurs doivent être en mesure de fournir, sur demande, une preuve de résidence. L'inscription devrait avoir lieu avant la date d'admissibilité réelle du résident. Les

cartes d'assurance-maladie des T.N.-O. sont valides pour une période de cinq ans. L'inscription est directement associée à l'admissibilité au régime. Seules les demandes de remboursement présentées par les résidents inscrits sont acceptées.

En mars 2006, environ 44 082 résidents étaient inscrits au régime d'assurance-maladie des T.N.-O. Le numéro d'inscription provient de la base de données du régime d'assurance-maladie du ministère de la Santé et des Services sociaux des T.N.-O.

Le régime d'assurance-maladie ne prévoit aucune possibilité de retrait officielle pour les patients.

3.3 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'entente d'admissibilité et de transférabilité et aux lignes directrices relatives à la couverture du régime de soins de santé.

4.0 Transférabilité

4.1 Délai minimal de résidence

Les personnes assurées qui déménagent dans les T.N.-O. sont assujetties à des périodes d'attente, conformément à l'entente interprovinciale sur l'admissibilité et la transférabilité. En général, les résidents qui s'installent de façon permanente dans les T.N.-O. ne sont pas assurés avant le premier jour du troisième mois; ceux qui viennent y travailler pour moins de 12 mois, mais peuvent confirmer que la période d'emploi a été prolongée au-delà de 12 mois, ne sont pas assurés avant le premier jour du treizième mois.

4.2 Couverture durant des absences temporaires (au Canada)

L'entente interprovinciale sur l'admissibilité et la transférabilité et les directives d'inscription au régime d'assurance-maladie des T.N.-O. définissent les règles de transférabilité de l'assurance-maladie pendant des absences temporaires à l'intérieur du Canada.

Les étudiants qui s'absentent temporairement des 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'une année. 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 au cours d'une année dans d'autres provinces ou territoires sont entièrement payés. En 2005-2006, plus de 12 millions de dollars ont été payés pour des services hospitaliers reçus par des malades hospitalisés et des malades externes dans d'autres provinces et territoires.

Les T.N.-O. participent aux ententes de facturation réciproque des services hospitaliers et des services médicaux assurés avec les autres provinces et territoires.

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

Les directives ayant trait à l'inscription au régime d'assurance-maladie des T.N.-O. exposent les critères qui définissent la protection assurée pendant les séjours à l'étranger.

Le sous-alinéa 11 (1)b(ii) de la *Loi canadienne sur la santé* stipule que les résidents peuvent présenter les reçus des frais engagés pour des services fournis à l'étranger. Les T.N.-O. prévoient le remboursement personnel lorsqu'un résident des T.N.-O. quitte temporairement le Canada pour des raisons personnelles telles que des vacances et qu'il requiert des soins médicaux au cours de cette période. Ces personnes doivent couvrir les frais et en demander le remboursement à leur retour aux T.N.-O. Les taux payables sont prévus dans le tarif approuvé. Si les services sont reçus à l'extérieur du Canada, les taux remboursés ne doivent pas dépasser les taux prévus pour les services assurés reçus dans les Territoires.

Une personne qui séjourne à l'étranger peut être couverte pour une période maximale pouvant aller jusqu'à un an, moyennant une approbation préalable. Dans le contexte des règles d'admissibilité, les résidents des T.N.-O. peuvent conserver leur couverture pour une période maximale d'un an s'ils quittent le Canada, mais ils doivent présenter des renseignements détaillés confirmant que leur résidence permanente demeure dans les T.N.-O.

4.4 Nécessité d'une approbation préalable

Les T.N.-O. exigent une approbation préalable si une personne envisage de se faire rembourser les services reçus dans d'autres provinces ou territoires ou à l'extérieur du pays. Il est également nécessaire d'obtenir une approbation préalable si l'on s'adresse à des établissements privés pour recevoir des services assurés.

5.0 Accessibilité

5.1 Accès aux services de santé assurés

Le programme d'aide financière pour les déplacements à des fins médicales vise à lever tous les obstacles d'ordre économique pour les résidents des T.N.-O. L'article 14 de la *Loi sur l'assurance-maladie* interdit toute surfacturation, à moins que le praticien n'ait choisi de se faire payer pour les services médicaux fournis à des personnes assurées autrement que par le régime d'assurance-maladie.

5.2 Accès aux services hospitaliers assurés

En cas de pénurie, les résidents auraient été transportés dans un autre établissement où l'on trouve les lits nécessaires. Les hôpitaux et les centres de santé des T.N.-O. ont continué d'éprouver certains problèmes de dotation en personnel à court terme, ce qui a entraîné des répercussions négatives sur les activités. Cependant, grâce à certains arrangements touchant les déplacements à des fins médicales, l'accès aux services a été maintenu au cours de l'exercice 2005-2006.

Les établissements des T.N.-O. sont en mesure d'offrir une gamme de services médicaux, de chirurgie, de réadaptation et de diagnostic. Le programme d'aide financière des T.N.-O. pour les déplacements à des fins médicales permet aux résidents de recevoir les services nécessaires non disponibles dans les établissements des Territoires.

Le nombre de sites de télésanté est demeuré le même en 2005-2006. Dans le cadre du projet de télésanté, on a amorcé un processus de planification stratégique d'une durée de trois ans, qui permettra de fournir des directives sur l'intégration et la viabilité du projet en fonction du Modèle de prestation de services intégrés.

En ce qui a trait au recrutement et au maintien en poste des professionnels, les T.N. O. sont aux prises avec les mêmes problèmes que le reste du Canada. En outre, les T.N. O. doivent composer avec des demandes particulières en raison de leur éloignement et de leurs réalités socio-économiques.

Le Ministère a élaboré en 2004 une stratégie quinquennale complète en matière de ressources humaines pour résoudre ces problèmes. La stratégie décrit les options qui s'offrent au ministère de la Santé et des Services sociaux et à ses ARSSS pour accroître la réserve de professionnels de la santé requise pour répondre aux besoins des résidents des T.N.-O. Parmi les initiatives directement liées à l'accroissement de la réserve de professionnels de la santé, on compte la promotion des carrières dans le domaine de la santé, la planification de la relève et la maximisation de l'emploi dans le Nord. Le gouvernement des Territoires du Nord-Ouest travaille avec les employés, les syndicats et les associations professionnelles afin de déterminer, d'élaborer et de mettre en œuvre des initiatives à l'appui du maintien en poste et du recrutement des professionnels de la santé et des services sociaux.

5.3 Accès aux services médicaux et de chirurgie dentaire assurés

Tous les habitants des T.N.-O. ont accès à tous les établissements gérés par le gouvernement des Territoires du Nord-Ouest.

Le programme d'aide financière pour les déplacements à des fins médicales permet aux résidents d'accéder aux services médicaux, et le projet de télésanté donne aux résidents de collectivités isolées la possibilité d'avoir un meilleur accès aux services spécialisés.

5.4 Rémunération des médecins

Les T.N.-O. utilisent deux modes de rémunération des médecins : les contrats d'employé et le régime de la rémunération à l'acte. La majorité des médecins de famille travaille dans le cadre d'un accord contractuel avec le gouvernement des T.N.-O. Les autres sont rémunérés à l'acte. Dans les Territoires du Nord-Ouest, la *Loi sur l'assurance-maladie* et une partie de son règlement d'application régissent les paiements versés aux médecins pour les services assurés fournis sous le régime de la rémunération à l'acte.

5.5 Paiements aux hôpitaux

Les paiements aux hôpitaux sont effectués conformément aux accords de contribution conclus entre les conseils d'administration et le Ministère. Les sommes allouées dans les accords sont établies d'après les ressources disponibles dans le budget global du gouvernement et le niveau de service assuré par l'hôpital.

Les paiements versés aux établissements offrant des services hospitaliers assurés sont régis par la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des services de santé et des services sociaux* ainsi que par la *Loi sur la gestion des finances publiques*. Aucune modification n'a été apportée aux dispositions visant les paiements aux établissements au cours de l'exercice 2005-2006. Les hôpitaux des T.N.-O. sont financés au moyen d'un budget global.

6.0 Reconnaissance accordée aux transferts fédéraux

Le gouvernement des Territoires du Nord-Ouest a rendu compte des fonds versés par le gouvernement fédéral dans le cadre du Transfert en matière de santé du Canada dans des communiqués de presse et dans divers autres documents.

Pour l'exercice 2005-2006, ces comptes rendus font partie des documents suivants :

- le discours budgétaire 2005-2006;
- le budget principal des dépenses 2005-2006;
- les comptes publics 2004-2005;
- les plans d'activités pour le ministère des Finances 2003-2006.

Le Budget principal des dépenses susmentionné constitue le plan financier du gouvernement; celui-ci le présente chaque année à l'Assemblée législative.

7.0 Services de santé complémentaires

Les programmes et les services de soins continus offerts dans les collectivités des T.N.-O. peuvent comprendre l'aide à la vie autonome, les foyers de groupe pour adultes, les établissements de soins de longue durée et les établissements de soins complémentaires. Ces programmes et services sont en place là où il est possible de les fournir, conformément à la politique d'établissement du ministère de la Santé et des Services sociaux, à la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des services de santé et des services sociaux* et au *Règlement sur les normes dans les hôpitaux et les établissements de soins de santé*.

Les services d'aide à la vie autonome permettent de vivre dans un environnement familial avec un soutien accru et un niveau de supervision qu'on ne retrouve pas dans le contexte des services de soins à domicile. Actuellement, les Territoires offrent dans ce domaine des services d'aide à la vie autonome dans des maisons familiales, des appartements et des foyers de groupe, où les clients vivent dans la plus grande autonomie possible. Les foyers collectifs, les établissements de soins de longue durée et les établissements de soins complémentaires fournissent en tout temps un soutien médical, physique ou mental plus complexe.

Le Programme de soins à domicile des T.N.-O. permet d'offrir à la grandeur des Territoires des services de soins communautaires efficaces, fiables et adaptés favorisant la vie autonome, de définir des options de soins appropriées appuyant la vie communautaire et de faciliter l'accès aux soins institutionnels lorsque l'autonomie n'est plus une option viable. Les soins à domicile sont fondés sur les besoins et sont offerts gratuitement aux résidents des T.N.-O. Les services de soins à domicile comprennent notamment : les soins de courte durée; les soins post-hospitaliers; les soins de longue durée; les services d'alimentation; soins palliatifs; les soins personnels; les soins de relève. Les services de soins à domicile sont offerts par les autorités régionales de la santé et des services sociaux (ARSSS) et sont fondés sur une évaluation multidisciplinaire des besoins de la personne. Le Programme des soins à domicile offre des services aux sept régions suivantes : Yellowknife, Hay River, Fort Smith, Beaufort-Delta, Sahtu, Deh Cho et Tlicho.

Personnes inscrites					
	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006
1. Nombre total de personnes inscrites au 31 mars.	42 886 ³	40 399 ³	43 202 ³	44 504 ³	44 082 ³

Services hospitaliers assurés dans la province ou le territoire					
Établissements publics	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006
2. Quantité :					
a. soins actifs	4	4	4	4	4
b. soins chroniques	sans objet ⁴	sans objet ⁴	sans objet ⁴	sans objet ⁴	sans objet ⁴
c. soins de réadaptation	sans objet ⁴	sans objet ⁴	sans objet ⁴	sans objet ⁴	sans objet ⁴
d. autres	28 ⁵	28 ⁵	28 ⁵	28 ⁵	28 ⁵
e. total	32	32	32	32	32
3. Paiements (\$) :					
a. soins de courte durée	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
b. soins chroniques	sans objet ⁴	sans objet ⁴	sans objet ⁴	sans objet ⁴	sans objet ⁴
c. soins de réadaptation	sans objet ⁴	sans objet ⁴	sans objet ⁴	sans objet ⁴	sans objet ⁴
d. autres	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
e. total	43 309 039	48 384 358	51 553 729	56 475 975	55 947 009
Établissements privés à but lucratif	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006
4. Quantité :					
a. installations chirurgicales	0	0	0	0	0
b. établissements d'imagerie diagnostique	0	0	0	0	0
c. total	0	0	0	0	0
5. Nombre de services hospitaliers assurés qui sont fournis :					
a. installations chirurgicales	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
b. établissements d'imagerie diagnostique	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
c. total	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
6. Paiements totaux destinés aux (\$) :					
a. installations chirurgicales	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
b. établissements d'imagerie diagnostique	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
c. total	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet

Toutes les données sont sujettes à des modifications ultérieures.

- Chiffres pour 2001-2002 en date du 18 septembre 2002; chiffres pour 2002-2003 en date du 2 septembre 2003; chiffres pour 2003-2004 en date du 25 août 2004; chiffres pour 2004-2005 en date du 1er septembre 2005 et chiffres pour 2005-2006 en date du 6 septembre 2006.
- Aucun établissement des Territoires du Nord-Ouest ne fournit ces services comme soins primaires. Par ailleurs, les 4 établissements de soins actifs offrent des soins de longue durée, des soins complémentaires, la chirurgie d'un jour et des services aux malades externes, des services de diagnostic et des services de réadaptation.
- Comprend les centres de santé et les unités de santé publique.

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire					
	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006
7. Nombre de médecins participants :					
a. omnipraticiens	24 ⁶	37 ⁶	44 ⁶	56 ⁶	56 ⁶
b. spécialistes	13 ⁶	16 ⁶	15 ⁶	21 ⁶	21 ⁶
c. autres	175 ⁷	155 ⁷	169 ⁷	139 ⁷	155 ⁷
d. total	212 ⁸	208 ⁸	228 ⁸	216 ⁸	232 ⁸
8. Nombre de médecins qui ont opté pour le retrait du régime d'assurance-maladie :					
a. omnipraticiens	0	0	0	0	0
b. spécialistes	0	0	0	0	0
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	0	0	0	0	0
9. Nombre de médecins qui ne participent pas :					
a. omnipraticiens	0	0	0	0	0
b. spécialistes	0	0	0	0	0
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	0	0	0	0	0
10. Services fournis grâce à <u>toutes les méthodes de paiement</u> :					
a. nombre de services	199 778	195 511	199 062	203 491	166 754
b. paiements totaux	20 125 000	20 504 000	28 791 514	28 761 951	28 559 951
11. Nombre de services offerts grâce au <u>paiement à l'acte</u> :					
a. omnipraticiens	32 343	18 494	20 689	23 828	24 204
b. spécialistes	5 618	5 524	5 636	4 679	4 226
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	37 961	24 018	26 325	28 507	28 430
12. Versements totaux pour les médecins grâce au <u>paiement à l'acte</u> (\$) :					
a. omnipraticiens	1 226 824	824 506	814 895	922 239	939 212
b. spécialistes	616 393	617 448	698 510	648 349	607 621
c. autres	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. total	1 843 217	1 441 954	1 513 405	1 570 587	1 546 833
13. Quantité de services fournis grâce au <u>paiement à l'acte</u> :					
a. médicaux	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
b. chirurgicaux	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. diagnostics	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. autres	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
e. total	37 961	24 018	26 325	28 507	28 430
14. Paiements totaux effectués aux médecins grâce au <u>paiement à l'acte</u> (\$) :					
a. médicaux	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
b. chirurgicaux	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. diagnostics	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. autres	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
e. total	1 843 217	1 441 954	1 513 405	1 570 587	1 546 833

6. Chiffres de 2001-2002 tirés de la base de données médicales Southam, Institut canadien d'information sur la santé. Les chiffres pour 2002-2003 et 2003-2004 sont des prévisions du ministère de la Santé et des Services sociaux des T. N.-O. Les chiffres de 2004-2005 et de 2005-2006 portent sur des postes financés.
7. Évaluation du nombre de médecins suppléants. Pour les mesures 10 et 15, les données relatives aux médecins suppléants sont entrées avec celles des omnipraticiens et des spécialistes.
8. Prévisions basées sur le nombre total de médecins actifs pour chaque exercice.

Services assurés offerts aux résidents dans une autre province ou un autre territoire					
Hôpitaux	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006
15. Nombre total de demandes, malades hospitalisés.	991	1 237	1 338	1 109	1 007
16. Nombre total de demandes, consultations externes.	8 366	9 170	9 538	10 132	10 158
17. Paiements totaux, malades hospitalisés (\$).	5 881 124	8 580 504	8 741 298	7 854 074	8 916 590
18. Paiements totaux, consultations externes (\$).	1 407 313	1 833 630	2 082 470	2 539 752	3 285 093
19. Paiement moyen, malades hospitalisés (\$).	5 934,53	6 936,54	6 533,11	7 082,12	8 854,61
20. Paiement moyen, consultations externes (\$).	168,22	199,96	218,33	250,67	323,40
Médecins	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006
21. Quantité de services.	41 663	42 987	41 126	41 166	42 115
22. Paiements totaux (\$).	2 245 914	2 753 125	2 928 999	3 119 120	3 258 336
23. Paiement moyen par service (\$).	53,91	64,05	71,22	75,77	77,37

Services assurés offerts à l'extérieur du Canada					
Hôpitaux	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006
24. Nombre total de demandes, malades hospitalisés.	3	2	1	4	5
25. Nombre total de demandes, consultations externes.	18	56	23	23	28
26. Paiements totaux, malades hospitalisés (\$).	38 983	1 258	216	2 176	16 298
27. Paiements totaux, consultations externes (\$).	16 208	124 218	21 141	7 738	5 777
28. Paiement moyen, malades hospitalisés (\$).	12 994,27	629,14	215,66	543,88	3 259,56
29. Paiement moyen, consultations externes (\$).	900,43	2218,19	919,18	336,42	206,34
Médecins	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006
30. Quantité de services.	102	135	67	13	4
31. Paiements totaux (\$).	18 806	21 450	8 056	519	130
32. Paiement moyen par service (\$).	184,37	158,89	120,24	39,93	32,39

Services chirurgicaux et dentaires assurés dans la province ou le territoire					
	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006
33. Nombre de dentistes participants.	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
34. Nombre de services fournis.	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
35. Paiements totaux (\$).	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
36. Paiement moyen par service (\$).	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible

Nunavut

Introduction

À sa création le 1^{er} avril 1999, le Nunavut devenait le troisième et plus récent territoire établi au Canada. Avec ses deux millions de kilomètres carrés, sa superficie occupe le cinquième de la masse continentale canadienne. Vingt-cinq communautés sont réparties sur ses trois fuseaux horaires. Le Nunavut comprend trois régions : Baffin, Kivalliq et Kitikmeot, regroupant respectivement douze, huit et cinq communautés. Selon les dernières statistiques, sa population s'élève à 30 446 habitants.

Environ 47 p. 100 des habitants ont moins de 25 ans, et 85 p. 100 sont des Inuits. Une petite communauté de francophones (de quatre à six pour cent de la population) vit sur l'île de Baffin, principalement dans la capitale Iqaluit. La population active, qui compte un grand nombre d'ouvriers qualifiés et de travailleurs saisonniers venus d'ailleurs au Canada, fluctue considérablement.

Les lois régissant l'administration de la santé et des services sociaux au Nunavut ont été transposées, à titre de lois du Nunavut, à partir de celles des Territoires du Nord-Ouest, en vertu de la *Loi sur le Nunavut* (1999). Elles seront examinées au cours des années à venir par le ministère de la Santé et des Services sociaux, afin d'en vérifier la pertinence pour l'atteinte des objectifs du gouvernement du Nunavut, énoncés dans « Pinasuaqtavut 2004-2009 ». Ce document décrit l'engagement du gouvernement à édifier le Nunavut de l'avenir en favorisant la santé des communautés, la simplicité, l'unité, l'autonomie et l'éducation permanente. Tous les ministères devront tenir compte des valeurs inuites, l'Inuit Qaujimajatuqangit, dans l'élaboration de programmes et de politiques, et la conception et la prestation des services.

La prestation des services de soins de santé au Nunavut repose sur un modèle de soins primaires. Il y a des centres de santé communautaire dans 22 communautés partout

au Nunavut, de nouveaux établissements régionaux à Rankin Inlet et à Cambridge Bay (pouvant traiter des malades hospitalisés et externes, et un hôpital régional à Iqaluit. Les fournisseurs de soins de santé primaires sont des médecins de famille, des infirmières praticiennes, des infirmières en santé communautaire et des pharmaciens. Il y a 17 médecins de famille à temps plein dans tout le Nunavut : 11 dans la région de Baffin; quatre dans la région de Kivalliq; et deux dans la région de Kitikmeot. Le Nunavut recrute et embauche ses médecins de famille et, au besoin, a recours aux services de spécialistes d'Ottawa, de Toronto, de Winnipeg, de Yellowknife et d'Edmonton. De temps à autre, des spécialistes se rendent au Nunavut où ils tiennent des cliniques dans les centres régionaux (p. ex. chirurgie oculaire à l'Hôpital régional de Baffin).

La gestion et la prestation des services de soins de santé au Nunavut ont été intégrées dans les activités générales du ministère de la Santé et des Services sociaux à la dissolution des conseils régionaux de santé (Baffin, Kitikmeot et Keewatin/Kivalliq), le 31 mars 2000. Les membres de ces conseils sont alors devenus des employés du Ministère. Dans chacune des trois régions du territoire, le Ministère a un bureau qui gère la prestation des services de soins de santé à l'échelon régional. Le soutien à la prestation de soins de première ligne a gardé toute son importance dans le cadre de ce regroupement.

En 2005-2006, le budget de la santé et des services sociaux était de 240 611 000 \$, dont environ 25 392 000 \$ avaient été affectés à des projets d'immobilisations. Il s'agit de diminutions de 16 774 000 \$ et de 33 878 000 \$ respectivement par rapport aux niveaux de financement de 2004-2005.

En 2005-2006, le réseau de télésanté a été étendu à nouveau, et il est maintenant disponible dans les 25 communautés du Nunavut. Le réseau de télésanté du Nunavut appuie la prestation d'une grande diversité de services de santé aux communautés : services cliniques (p. ex. les consultations de spécialistes); éducation sanitaire; enseignement médical continu; visite à un membre de la famille; et fonctions administratives. L'utilisation du réseau a augmenté de 40 p. 100 depuis un an.

Au Nunavut, les défis à relever et les besoins à combler pour assurer la santé et le mieux-être de la population sont nombreux. Malgré d'intenses activités de recrutement – au Canada et à l'étranger – et de maintien en poste, le Nunavut éprouve toujours de la difficulté à doter les postes d'infirmières en milieu communautaire pour une

période indéterminée. Une initiative de recrutement ciblée en 2005-2006 a permis de recruter, par l'intermédiaire d'une agence, 34 infirmières à l'étranger pour travailler au Nunavut. Le recrutement et le maintien en poste des autres professionnels de la santé, comme les travailleurs sociaux, les médecins et les physiothérapeutes, posent également un défi.

Plus du quart du budget de fonctionnement et d'entretien du Ministère est affecté aux coûts des voyages pour recevoir des soins médicaux dans des établissements hors du territoire. La très faible densité démographique de ce vaste territoire et le manque d'infrastructures (équipements et ressources humaines) obligent les résidents à quitter le Nunavut pour recevoir divers services hospitaliers et médicaux spécialisés. À l'automne 2005, deux nouveaux centres de santé régionaux, un à Rankin Inlet et l'autre à Cambridge Bay, ont ouvert leurs portes. En outre, un établissement hospitalier régional rénové à Iqaluit est censé ouvrir en 2007. La gamme de services offerts à l'intérieur du territoire sera ainsi élargie. Ces améliorations vont dans le sens de la nouvelle vision stratégique du Ministère exposée dans « Closer to Home » et approuvée par le Cabinet en janvier 2005. Cette stratégie vise à renforcer la capacité afin que le territoire ait davantage à offrir en fait de soins, de formation et d'emplois.

Grâce au Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires, le gouvernement du Nunavut a établi une nouvelle pratique de médecine familiale à Iqaluit. La clinique, qui compte un médecin de famille et deux infirmières praticiennes dans un modèle communautaire de prestation des services de santé, est censée réduire la pression sur les services d'urgence et de consultation externe de l'Hôpital régional de Baffin.

Les activités de promotion et de protection de la santé sont au premier rang des priorités du Ministère en matière de services. Citons à cet égard les stratégies de réduction du tabagisme, la sensibilisation du public aux modes de vie sains, la sensibilisation à l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF), la sensibilisation au diabète et sa prévention, la valorisation de l'alimentation traditionnelle, la nutrition prénatale. Les stratégies mises en œuvre au Nunavut pour réduire l'usage du tabac ont donné d'importants résultats, le tabagisme chez les jeunes ayant diminué de 12 p. 100 dans le territoire depuis 2004.

1.0 Gestion publique

1.1 Régime d'assurance-maladie et autorité publique

Les régimes d'assurance-maladie et d'assurance-hospitalisation du Nunavut couvrent les services médicaux et hospitaliers et sont gérés par le ministère de la Santé et des Services sociaux, à titre non lucratif.

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 soins de santé.

La *Loi sur la dissolution des conseils d'administration* (Nunavut, 1999) prévoit la dissolution des conseils de santé de Baffin, de Kitikmeot et de Keewatin/Kivalliq et intègre leurs activités à celles du ministère de la Santé et des Services sociaux à compter du 1^{er} avril 2000.

Les centres régionaux ont été conservés pour appuyer la prestation d'une gamme étendue de services sociaux et de santé de première ligne et communautaires.

Aucune modification n'a été apportée aux lois au cours de l'exercice 2005-2006.

1.2 Liens hiérarchiques

Un directeur des soins médicaux, nommé aux termes de la *Loi sur l'assurance-maladie*, assure la gestion du régime d'assurance-maladie du territoire. Il relève du ministre de la Santé et des Services sociaux et doit présenter chaque année, aux termes de la *Loi sur l'assurance-maladie*, un rapport annuel sur les activités du régime. Ses rapports sont basés sur les rapports annuels sur l'application de la *Loi canadienne sur la santé*.

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 a le mandat de vérifier les activités du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Le vérificateur général du Canada doit vérifier chaque année les transactions et les états financiers consolidés du gouvernement. Le *Rapport de la vérificatrice générale du Canada à l'Assemblée législative du Nunavut — 2005* a été déposé en février 2005 et peut être consulté à :

www.oag-bvg.gc.ca/domino/rappports.nsf/html/01nunavut_f.html.

Le rapport ne faisait pas mention des activités du régime d'assurance-maladie ni des principes de la *Loi canadienne sur la santé*.

2.0 Intégralité

2.1 Services hospitaliers assurés

Les services hospitaliers sont offerts au Nunavut en vertu des articles 2 à 4 de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des services de santé et des services sociaux* et de son *Règlement*. Aucune modification n'a été apportée à la *Loi* ni à son *Règlement* en 2005-2006.

En 2005-2006, des services hospitaliers assurés ont été fournis dans 25 établissements situés sur l'ensemble du territoire, soit un hôpital général à Iqaluit, deux centres de santé régionaux (à Rankin Inlet et à Cambridge Bay), et 22 centres de santé communautaires. L'Hôpital régional de Baffin à Iqaluit est actuellement le seul établissement de soins actifs au Nunavut qui offre une gamme de services hospitaliers aux malades hospitalisés et externes au sens de la *Loi canadienne sur la santé*. Toutefois, les deux établissements régionaux seront en mesure d'offrir des services aux malades hospitalisés une fois qu'ils auront été dotés en personnel. Des cliniques de spécialistes peuvent d'ores et déjà s'y tenir. Les centres de santé communautaire offrent des services de santé publique, des services aux malades externes et des services d'urgence. De plus, il existe un nombre limité de lits de maternité au Rankin Inlet Birthing Centre. Des services de santé publique sont également fournis dans des cliniques de santé publique autonomes à Rankin Inlet et à Iqaluit.

L'autorisation des établissements et la délivrance de licences, ainsi que l'inspection et la supervision de tous les établisse-

ments 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 produits pharmaceutiques, substances biologiques et préparations connexes prescrits par un médecin et administrés à l'hôpital; les fournitures chirurgicales courantes; l'usage des salles d'opération, des salles de travail 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; et les services fournis par un centre approuvé de désintoxication.

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 bénignes; les services de physiothérapie, d'ergothérapie, d'audiologie (limitée) et d'orthophonie fournis dans un établissement de consultation externe ou dans un hôpital agréé; et les services de psychiatrie et de psychologie fournis dans le cadre d'un programme offert par un hôpital agréé.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux peut décider d'ajouter des services dans ses établissements, après s'être assuré de la disponibilité de ressources et d'équipement et de la faisabilité générale du projet. Il le fait 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 2005-2006.

2.2 Services médicaux assurés

L'article 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 2005-2006.

Bien que la *Loi sur les infirmières et infirmiers* de 2004 autorise la délivrance de permis d'exercice aux infirmières

praticiennes au Nunavut, les médecins sont à l'heure actuelle les seuls praticiens autorisés à fournir des services médicaux assurés dans le territoire. Le Ministère étudie des modifications législatives qui confèreraient aux infirmières praticiennes un plus grand rôle dans la prestation des soins primaires à l'intérieur des communautés. On s'attend à ce que la *Loi* soit modifiée à un moment donné en 2006-2007.

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 ce processus pour les médecins du territoire. Il y a 17 postes de médecins de famille à temps plein au Nunavut (11 dans la région de Baffin; quatre dans la région de Kivalliq; deux dans la région de Kitikmeot), et un chirurgien, à l'Hôpital régional de Baffin, qui fournissent des services aux Nunavummiut. Des spécialistes itinérants, des omnipraticiens et des médecins suppléants fournissent également des services médicaux assurés dans le cadre d'ententes conclues avec les trois régions du Ministère. En date du 31 mars 2006, 135 médecins participaient au régime d'assurance-maladie du Nunavut.

Le médecin peut faire le choix de recevoir des honoraires à l'extérieur du cadre de l'assurance-maladie, aux termes de l'alinéa 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 a été remis l'avis de révocation. En 2005-2006, 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.

Les services médicaux assurés sont les services rendus par les médecins et médicalement nécessaires. Lorsque les services assurés ne peuvent être fournis au Nunavut, le malade est envoyé dans une province ou un autre territoire. Le Nunavut a des ententes de services de santé en vigueur avec des centres de traitement médical à Ottawa, à Winnipeg, à Yellowknife et à Edmonton. Ce sont les centres habituels hors du territoire vers lesquels le Nunavut adresse ses patients qui doivent obtenir des services médicaux non disponibles dans le territoire.

L'ajout ou le retrait d'un service médical à la liste des services assurés doit être approuvé par le gouvernement.

À cette fin, le directeur de l'assurance-maladie participe aux négociations avec un groupe représentant les médecins pour discuter du service visé. Par la suite, la décision du groupe est soumise à l'approbation du Cabinet. En 2005-2006, il n'y a eu aucun ajout ni retrait de service médical assuré.

2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

Un dentiste qui fournit des services de chirurgie dentaire assurés au titre du régime d'assurance-maladie du territoire doit détenir une licence d'exercice, conformément à la *Loi sur les professions dentaires* (T.N.-O., 1988, reproduite pour le Nunavut aux termes de l'article 29 de la *Loi sur le Nunavut*, 1999). Il reçoit un numéro de facturation à l'égard des services dentaires assurés. En 2005-2006, quatre chirurgiens stomatologistes ont reçu l'autorisation de facturer des services dentaires assurés au régime d'assurance-maladie du Nunavut.

Les services dentaires assurés se limitent aux actes de chirurgie dentaire prévus au *Règlement*, et qui nécessitent des ressources que seul un hôpital peut fournir (p. ex. chirurgie orthognatique). Des chirurgiens stomatologistes sont amenés au Nunavut sur une base régulière. Dans de rares cas, le patient présente des complications médicales et doit être 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 2005-2006.

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; et les

services de physiothérapie, d'orthophonie et de psychologie reçus ailleurs que dans un établissement de consultation externe agréé (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 l'autre); les services dentaires autres que certains actes liés à des maladies ou à des blessures de la mâchoire; et les services de réadaptation pour alcooliques et toxicomanes, sans approbation préalable.

À l'Hôpital régional de Baffin, le taux quotidien des services aux malades hospitalisés fournis à des étrangers est de 1 396 \$.

Dans le cas de résidents envoyés à l'extérieur du territoire pour recevoir des services, le Ministère suit les politiques et procédures de l'administration qui fournit les services pouvant entraîner des frais supplémentaires uniquement si ces frais sont couverts par le régime d'assurance-maladie du Nunavut (voir 4.2, Transférabilité). Les demandes ou les plaintes sont traitées avec la province ou le territoire concerné.

Le Ministère gère également le Programme des services de santé non assurés (PSSNA) au nom de Santé Canada pour les résidents des Premières nations et les Inuits du Nunavut. Le PSSNA prend en charge la quote-part dans le cas des déplacements pour soins médicaux, de l'hébergement et des repas dans les pensions (Ottawa, Winnipeg, Churchill, Edmonton et Yellowknife), les médicaments d'ordonnance, les traitements dentaires, les soins de la vue, les fournitures médicales et les prothèses, ainsi qu'un certain nombre d'autres services accessoires.

3.0 Universalité

3.1 Admissibilité

L'admissibilité au régime d'assurance-maladie 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 au *Règlement* en 2005-2006.

Sous réserve des dispositions susmentionnées, tous les résidents 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 résidant habituellement au Nunavut, à l'exception d'une personne faisant du tourisme, de passage ou en visite dans le territoire. Les demandes de participation au régime sont acceptées, et les demandeurs doivent produire des documents confirmant leur statut de résident. Les personnes admissibles reçoivent une carte santé portant un numéro distinct.

La couverture débute généralement le premier jour du troisième mois suivant l'arrivée dans le territoire, mais elle peut être immédiate dans certaines circonstances (p. ex., 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, de même, couverts sans délai.

Les membres des Forces armées 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.

Aux termes de l'article 7 de l'Accord sur l'admissibilité et la transférabilité, les personnes d'une province ou d'un autre territoire qui demeurent au Nunavut durant une absence temporaire sans y établir leur résidence demeurent inscrites au régime d'assurance-maladie de la province ou du territoire d'où elles viennent pendant une période maximale d'un an.

3.2 Exigences relatives à l'inscription au régime

Pour s'inscrire au régime, une personne doit présenter un formulaire de demande rempli et y joindre les documents requis. Une carte santé est délivrée à chaque résident. Afin de simplifier le traitement des documents, un processus de renouvellement progressif a été adopté au Nunavut en 2006. Aucune prime n'est exigible. La couverture d'un service est liée à la vérification de l'inscription, mais 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. En date du 31 mars 2006, 31 172 résidents étaient inscrits au régime d'assurance-maladie du Nunavut. Les statistiques démographiques du Nunavut, publiées par Statistique Canada, font état d'un certain nombre de « résidents temporaires » qui ne sont pas admissibles à la couverture au titre du régime du territoire. Aucune disposition ne prévoit le retrait des résidents du régime d'assurance-maladie.

3.3 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 (sauf exception) ne sont pas admissibles au régime. Les situations particulières sont évaluées individuellement, conformément à l'article 15 des lignes directrices des T.N.-O. sur l'inscription, adopté par le Nunavut en 1999.

4.0 Transférabilité

4.1 Délai minimal de résidence

L'article 3 de l'Accord sur l'admissibilité et la transférabilité fixe le délai de résidence lors d'un déménagement permanent dans une autre province ou un autre territoire, soit trois mois, ou le premier jour du troisième mois suivant l'établissement de la résidence, ce dernier s'appliquant lorsqu'une personne, durant une absence temporaire de sa province ou de son territoire, décide d'établir sa résidence au Nunavut.

4.2 Couverture durant des absences temporaires (au Canada)

Le paragraphe 4(2) de la *Loi sur l'assurance-maladie* concerne 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 soins de santé

aux résidents du Nunavut et à fixer les modalités de paiement. En 2005-2006, il n'y a pas eu de modification législative ou réglementaire concernant la couverture à l'extérieur du Nunavut.

Les personnes qui étudient à l'extérieur du Nunavut doivent en aviser le Ministère et fournir une preuve d'inscription pour demeurer assurées. Les demandes de prolongation doivent être renouvelées chaque année et approuvées par le directeur. Les absences temporaires d'au plus un an pour le travail, des vacances ou d'autres raisons sont approuvées par le directeur, moyennant la présentation d'une demande écrite de l'assuré. Le directeur peut approuver des absences qui excèdent douze mois consécutifs, moyennant la présentation d'une demande écrite de l'assuré.

Les dispositions relatives à la couverture durant les absences temporaires au Canada sont parfaitement conformes aux modalités interprovinciales et territoriales, au 1^{er} janvier 2001, de l'Accord sur l'admissibilité et la transférabilité.

Le Nunavut participe à l'entente de facturation réciproque des services médicaux et hospitaliers; des accords bilatéraux particuliers sont également en vigueur 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 résidents admissibles du Nunavut. Les taux prévus pour les interventions onéreuses, les services de néonatalogie et les services aux malades externes sont basés sur ceux du Comité de coordination des ententes interprovinciales en assurance-santé. Aux termes d'un accord spécial entre les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut, prévoyant un financement global, le Stanton Hospital de Yellowknife fournit des services aux résidents du Nunavut, à l'hôpital même ou dans la région de Kitikmeot (Arctique de l'Ouest), par l'intermédiaire de spécialistes itinérants.

L'entente de facturation des services médicaux hospitaliers prévoit le paiement des services assurés aux résidents admissibles du Nunavut qui reçoivent des services médicaux assurés à l'extérieur du territoire. Le paiement est fait à la province qui a fourni le service, aux taux établis par cette dernière.

En 2005-2006, les paiements aux hôpitaux situés à l'extérieur du territoire s'élevaient à 21 506 142 \$.

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

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 résidents 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 adressé 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 adressé, le paiement est de 1 396 \$ par jour pour les services hospitaliers aux malades hospitalisés et de 158 \$ par visite pour les services aux malades externes. Les taux n'ont pas changé en 2005-2006.

En 2005-2006, le Nunavut a payé 3 591 \$ à l'égard de services de santé urgents à des malades hospitalisés ou externes fournis à des résidents admissibles pendant une absence temporaire à l'étranger.

Les services médicaux assurés fournis à des résidents admissibles pendant une absence temporaire à l'étranger sont payés aux taux en vigueur pour ces services dans le territoire. Le remboursement est accordé 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 non urgents dans les établissements privés canadiens ou dans tout établissement situé à l'étranger.

5.0 Accessibilité

5.1 Accès aux services médicaux assurés

L'article 14 de la *Loi sur l'assurance-maladie* interdit la surfacturation, 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 pour les déplacements pour raisons médicales. Des services d'interprétation sont également offerts aux patients dans les milieux de soins.

5.2 Accès aux services hospitaliers assurés

L'Hôpital régional de Baffin, à Iqaluit, est actuellement le seul établissement de soins actifs du Nunavut. (Les centres régionaux ouverts récemment à Rankin Inlet et à Cambridge Bay ont tous les deux été conçus pour pouvoir offrir des soins actifs.) L'hôpital compte 25 lits, utilisés pour les soins actifs, les soins de réadaptation, les soins palliatifs et les soins aux malades chroniques. Son effectif est de 87 personnes, dont 10 postes de médecins et 34 infirmières. Il fournit des services aux malades hospitalisés et externes, et des services d'urgence 24 heures sur 24. Les médecins de la région assurent les services d'urgence à tour de rôle. Les services médicaux disponibles sont les soins ambulatoires/consultations externes, les soins intensifs (limités), les soins médicaux généraux, les soins de maternité et les soins palliatifs. En chirurgie, des interventions mineures en orthopédie, gynécologie, pédiatrie, chirurgie abdominale générale, traumatologie d'urgence et ORL/otolaryngologie 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.

Le Nunavut a des ententes spéciales avec des établissements d'Ottawa, de Toronto, de Churchill, de Winnipeg, d'Edmonton et de Yellowknife pour la prestation de services assurés aux malades qui y sont adressés.

Outre l'Hôpital régional de Baffin, les 24 centres de santé communautaire offrent des services aux malades externes et des services d'urgence 24 heures sur 24.

Même si la dotation en infirmières et autres professionnels de la santé n'a pas atteint les niveaux désirés, tous les services de base ont été fournis en 2005-2006. Le Nunavut cherche à accroître les ressources dans tous les secteurs.

Les services de télésanté sont disponibles dans les 25 communautés du Nunavut. L'objectif à long terme est d'intégrer la télésanté au système de prestation de soins primaires, pour faciliter l'accès à une gamme plus étendue de services

et permettre une meilleure utilisation des ressources par les fournisseurs de soins de santé et les communautés.

5.3 Accès aux services médicaux et de chirurgie dentaire assurés

À l'aide fournie dans le cas de déplacements pour raisons médicales et aux initiatives de télésanté, s'ajoutent les accords conclus avec certaines régions et certains établissements de santé pour la prestation de services médicaux, ainsi que de services de médecins spécialistes et autres professionnels de la santé itinérants. Lorsque l'équipement et les services ne sont pas disponibles au Nunavut, les malades sont adressés à l'extérieur du territoire. Le réseau de la télésanté, qui relie les 25 communautés, permet la prestation d'une gamme étendue de services : consultations de spécialistes comme les dermatologues, les psychiatres et les internistes; services de réadaptation; séances de counseling sur une base régulière; visites d'un membre de la famille; et enseignement médical continu. En 2005-2006, le Nunavut comptait 135 médecins diplômés.

Les services spécialisés suivants sont fournis dans le cadre du programme des spécialistes itinérants : ophtalmologie, orthopédie, médecine interne, otolaryngologie, neurologie, rhumatologie, dermatologie, pédiatrie, obstétrique, physiothérapie, ergothérapie, psychiatrie et chirurgie dentaire. Les consultations de spécialistes itinérants sont offertes en fonction de la demande et de la disponibilité des spécialistes.

5.4 Rémunération des médecins

Tous les médecins qui travaillent à temps plein au Nunavut sont rémunérés en vertu d'un contrat avec le ministère de la Santé et des Services sociaux, qui en fixe les modalités. Les spécialistes itinérants sont rémunérés à la journée ou à l'acte.

5.5 Paiements aux hôpitaux

Le financement de l'Hôpital régional de Baffin, des deux nouveaux centres régionaux à Rankin Inlet et à Cambridge Bay, et des 22 centres de santé communautaire est prévu dans l'enveloppe des activités régionales du budget du Ministère. Aucun paiement n'est fait directement aux hôpitaux ni aux centres de santé communautaire.

6.0 Reconnaissance accordée aux transferts fédéraux

Il sera fait mention des contributions au gouvernement du Nunavut en vertu du Transfert canadien en matière de santé et de services sociaux pour l'exercice 2005-2006 dans le rapport annuel sur l'administration du régime d'assurance-maladie présenté à l'Assemblée législative du Nunavut en 2006-2007.

7.0 Services de santé complémentaires

Soins intermédiaires en maison de repos et soins en établissement pour adultes

Des établissements de soins pour adultes dans sept communautés offrent au total 64 lits pour répondre aux besoins des Nunavummiut en faisant appel à une combinaison de prestataires de services surtout privés et à un établissement appartenant au territoire et administré par lui. Des ententes de licence permettent la location à bail des installations publiques. Chaque établissement accueille les hommes et les femmes et offre des soins de niveau III ou IV sur une base indéterminée. La plupart des établissements offrent des services de relève et des services de soins infirmiers « selon les besoins » et sur une base régulière (huit heures par jour; par la suite, sur place). Des soins personnels sont fournis à tous les pensionnaires en tout temps, et des services de soins à domicile sont généralement offerts au besoin. Des services de réadaptation (physiothérapie, ergothérapie et orthophonie) sont offerts aux résidents, à raison de 6 à 36 visites par année, selon l'établissement.

Il n'existe pas de loi actuellement au Nunavut pour officialiser les activités prévues dans les établissements de soins de santé complémentaires susmentionnés.

Des soins intermédiaires sont disponibles au Naja Isabelle Home, à Chesterfield Inlet. L'établissement fournit des soins 24 heures sur 24 et est suffisamment doté en personnel professionnel et paraprofessionnel. Les soins

infirmiers sont disponibles entre 7 h et 19 h. Le reste du temps, seuls les services de soins personnels sont fournis. En dehors des heures normales de travail, le centre de santé communautaire assure la prestation des soins médicaux.

Des soins infirmiers sont disponibles dans les résidences pour personnes âgées d'Iqaluit et d'Arviat. Ces établissements fournissent le niveau le plus élevé de soins de longue durée au Nunavut, soit des soins complets aux malades chroniques jusqu'au point où la personne a besoin de soins actifs (niveaux 4 et 5). On assure alors son transport vers l'hôpital le plus près.

Soins à domicile

Le Programme de soins à domicile vient en aide aux habitants du Nunavut qui ne sont pas entièrement capables de s'occuper d'eux-mêmes à la maison. Un service communautaire de visites encourage l'autonomie, soutient les membres de la famille et favorise la participation communautaire pour permettre aux personnes de rester en toute sécurité chez elles.

En 2005-2006, les soins à domicile au Nunavut comprenaient toute une gamme de services : soins infirmiers et personnels, soins de relève, soins palliatifs, programmes pour personnes âgées et services d'entretien ménager (qui représentent généralement la majorité des heures de service fournies). De plus, des services de réadaptation – surtout sous forme de physiothérapie et d'ergothérapie – sont fournis aux clients « selon les besoins ».

Les normes pour les programmes de soins à domicile et de soins communautaires (SDSC) sont établies par un coordonnateur territorial des SDSC par l'entremise des

gestionnaires régionaux de ces soins, dont un est en poste dans chacune des trois régions du Nunavut et relève sur le plan opérationnel du directeur exécutif dans chaque région. Les infirmières des soins à domicile dans chaque région relèvent de leur côté des gestionnaires. Le personnel de soutien des soins à domicile (soit les représentants des SDSC et les travailleurs des SDSC) relèvent de l'infirmière des soins à domicile compétente. Dans les communautés sans infirmière des soins à domicile, le personnel de soutien est placé sous l'autorité du superviseur du centre de santé de l'endroit. (De leur côté, les superviseurs des centres de santé relèvent de leurs directeurs respectifs, qui eux rendent compte à leurs gestionnaires des soins à domicile et des soins communautaires respectifs).

En raison du manque de ressources humaines et financières, des restrictions ont été constatées dans certaines communautés. Tout est mis en œuvre pour que les services offerts soient uniformes à la grandeur du territoire.

Soins ambulatoires

En 2005-2006, des soins ambulatoires n'étaient offerts nulle part sur le territoire du Nunavut.

Toutefois, face à cette situation, le gouvernement du Nunavut s'est engagé au début de 2005-2006 à préparer des plans et à construire deux établissements de soins continus, qui seraient situés à Igloolik et à Gjoa Haven. Ces établissements offriraient des soins de longue durée, des soins palliatifs, des soins subaigus, des soins de relève, et des programmes de mieux-être et de soins communautaires. Ils devraient être opérationnels d'ici la fin de 2008.

Personnes inscrites					
	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006
1. Nombre total de personnes inscrites au 31 mars.	28 630	29 478	31 660	31 525	31 172

Services hospitaliers assurés dans la province ou le territoire					
Établissements publics	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006
2. Quantité :					
a. soins actifs	1	1	1	1	1
b. soins chroniques	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	0
c. soins de réadaptation	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	1
d. autres	25 ¹	25 ¹	25 ¹	25 ¹	26 ¹
e. total	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	28
3. Paiements (\$) :					
a. soins de courte durée	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
b. soins chroniques	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. soins de réadaptation	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. autres	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
e. total	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
Établissements privés à but lucratif	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006
4. Quantité :					
a. installations chirurgicales	0	0	0	0	0
b. établissements d'imagerie diagnostique	0	0	0	0	0
c. total	0	0	0	0	0
5. Nombre de services hospitaliers assurés qui sont fournis :					
a. installations chirurgicales	0	0	0	0	0
b. établissements d'imagerie diagnostique	0	0	0	0	0
c. total	0	0	0	0	0
6. Paiements totaux destinés aux (\$) :					
a. installations chirurgicales	0	0	0	0	0
b. établissements d'imagerie diagnostique	0	0	0	0	0
c. total	0	0	0	0	0

1. Cela comprend 22 centres de santé communautaires et deux centres de santé régionaux, situés dans des communautés d'un bout à l'autre du territoire; ainsi qu'une unité de santé publique et une clinique de médecine de famille situées à Iqaluit. La clinique de médecine de famille compte des infirmières praticiennes et un médecin; elle offre des soins de santé primaires comme elle l'aurait fait si elle était située dans une des communautés et fonctionnait comme un centre de santé communautaire.

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire					
	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006
7. Nombre de médecins participants :					
a. omnipraticiens	81	106	75	86	74
b. spécialistes	67	80	64	82	61
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	148	186	139	168	135
8. Nombre de médecins qui ont opté pour le retrait du régime d'assurance-maladie :					
a. omnipraticiens	0	0	0	0	0
b. spécialistes	0	0	0	0	0
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	0	0	0	0	0
9. Nombre de médecins qui ne participent pas :					
a. omnipraticiens	0	0	0	0	0
b. spécialistes	0	0	0	0	0
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	0	0	0	0	0
10. Services fournis grâce à <u>toutes les méthodes de paiement</u> :					
a. nombre de services	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
b. paiements totaux	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
11. Nombre de services offerts grâce au <u>paiement à l'acte</u> : ²					
a. omnipraticiens	39 035	44 876	43 142	42 909	40 609
b. spécialistes	19 733	20 656	17 419	16 633	16 754
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	58 768	65 532	60 561	59 542	57 363
12. Versements totaux pour les médecins grâce au <u>paiement à l'acte</u> (\$) :					
a. omnipraticiens	1 943 399	2 137 218	2 023 584	2 037 408	1 952 282
b. spécialistes	1 042 366	1 199 648	1 524 873	1 075 253	910 793
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	2 985 765	3 336 866	3 548 457	3 112 661	2 863 075
13. Quantité de services fournis grâce au <u>paiement à l'acte</u> : ²					
a. médicaux	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
b. chirurgicaux	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
c. diagnostics	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
e. total	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
14. Paiements totaux effectués aux médecins grâce au <u>paiement à l'acte</u> (\$) :					
a. médicaux	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
b. chirurgicaux	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
c. diagnostics	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
e. total	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet

2. Le Nunavut ne rémunère pas les médecins à l'acte. Plutôt, la majorité des médecins sont rémunérés au moyen de salaire et de méthodes différentes. L'information sur les médecins salariés est communiquée au moyen d'un processus de facturation fictive.

Services assurés offerts aux résidents dans une autre province ou un autre territoire					
Hôpitaux	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006
15. Nombre total de demandes, malades hospitalisés.	1 782	2 524	2 526	2 544	2 721
16. Nombre total de demandes, consultations externes.	9 155	10 677	12 112	14 492	16 939
17. Paiements totaux, malades hospitalisés (\$).	7 681 154	18 640 982	17 202 646	15 851 159	17 909 264
18. Paiements totaux, consultations externes (\$).	1 525 710	1 740 038	1 552 418	2 521 841	3 596 878
19. Paiement moyen, malades hospitalisés (\$).	4 310,41	7 385,49	6 981,59	6 438,33	6 581,87
20. Paiement moyen, consultations externes (\$).	166,65	162,00	138,47	181,95	212,34
Médecins	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006
21. Quantité de services.	39 438	43 064	51 050	45 334	57 332
22. Paiements totaux (\$).	2 335 998	2 674 445	2 955 996	2 816 282	3 471 307
23. Paiement moyen par service (\$).	59,23	62,10	58,61	62,40	60,55

Services assurés offerts à l'extérieur du Canada					
Hôpitaux	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006
24. Nombre total de demandes, malades hospitalisés.	0	0	2	1	1
25. Nombre total de demandes, consultations externes.	53	3	2	1	16
26. Paiements totaux, malades hospitalisés (\$).	0	0	6 300	6 345	954
27. Paiements totaux, consultations externes (\$).	128 398	982	400	433	2 637
28. Paiement moyen, malades hospitalisés (\$).	0,00	0,00	3 150,00	6 345,00	953,62
29. Paiement moyen, consultations externes (\$).	2 422,60	327,28	200,00	433,41	164,80
Médecins	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006
30. Quantité de services.	12	1	19	0	36
31. Paiements totaux (\$).	14 835	8	1 519	0	2 459
32. Paiement moyen par service (\$).	1 236,25	7,61	151,91	0,00	68,30

Services chirurgicaux et dentaires assurés dans la province ou le territoire					
	2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006
33. Nombre de dentistes participants.	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
34. Nombre de services fournis.	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
35. Paiements totaux (\$).	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
36. Paiement moyen par service (\$).	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible

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 réels demandés afin de permettre le rapprochement avec les déductions réelles. Le règlement est également présenté sous forme de codification administrative.

Cette codification, qui n'a aucune valeur officielle, était à jour en juin 2001.



CANADA

OFFICE CONSOLIDATION

CODIFICATION ADMINISTRATIVE

Canada Health Act

Loi canadienne sur la santé

R.S., 1985, c. C-6

L.R. (1985), ch. C-6

WARNING NOTE

Users of this office consolidation are reminded that it is prepared for convenience of reference only and that, as such, it has no official sanction.

AVERTISSEMENT

La présente codification administrative n'est préparée que pour la commodité du lecteur et n'a aucune valeur officielle.



CHAPTER 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

Preamble

Whereas the Parliament of Canada recognizes:

—that it is not the intention of the Government of Canada that any of the powers, rights, privileges or authorities vested in Canada or the provinces under the provisions of the *Constitution Act, 1867*, or any amendments thereto, or otherwise, be by reason of this Act abrogated or derogated from or in any way impaired;

—that Canadians, through their system of insured health services, have made outstanding progress in treating sickness and alleviating the consequences of disease and disability among all income groups;

—that Canadians can achieve further improvements in their well-being through combining individual lifestyles that emphasize fitness, prevention of disease and health promotion with collective action against the social, environmental and occupational causes of disease, and that they desire a system of health services that will promote physical and mental health and protection against disease;

—that future improvements in health will require the cooperative partnership of governments, health professionals, voluntary organizations and individual Canadians;

—that continued access to quality health care without financial or other barriers will be critical to maintaining and improving the health and well-being of Canadians;

And whereas the Parliament of Canada wishes to encourage the development of health

CHAPITRE C-6

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

Considérant que le Parlement du Canada reconnaît :

Préambule

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;

services throughout Canada by assisting the provinces in meeting the costs thereof;

Now, therefore, Her Majesty, by and with the advice and consent of the Senate and House of Commons of Canada, enacts as follows:

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,

Sa Majesté, sur l'avis et avec le consentement du Sénat et de la Chambre des communes du Canada, édicte :

SHORT TITLE

Short title **1.** This Act may be cited as the *Canada Health Act*.
1984, c. 6, s. 1.

TITRE ABRÉGÉ

1. *Loi canadienne sur la santé.* Titre abrégé
1984, ch. 6, art. 1.

INTERPRETATION

Definitions **2.** In this Act,
“Act of 1977” [Repealed, 1995, c. 17, s. 34]
“cash contribution” means the cash contribution in respect of the Canada Health and Social Transfer that may be provided to a province under subsections 15(1) and (4) of the *Federal-Provincial Fiscal Arrangements Act*;
“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;
“extended health care services” means the following services, as more particularly defined in the regulations, provided for residents of a province, namely,
(a) nursing home intermediate care service,
(b) adult residential care service,
(c) home care service, and
(d) ambulatory health care service;
“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;
“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;
“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” includes any facility or portion

DÉFINITIONS

2. Les définitions qui suivent s'appliquent à la présente loi.
« assuré » Habitant d'une province, à l'exception :
a) des membres des Forces canadiennes;
b) des membres de la Gendarmerie royale du Canada nommés à un grade;
c) des personnes purgeant une peine d'emprisonnement dans un pénitencier, au sens de la Partie I de la Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition;
d) des habitants de la province qui s'y trouvent depuis une période de temps inférieure au délai minimal de résidence ou de carence d'au plus trois mois imposé aux habitants par la province pour qu'ils soient admissibles ou aient droit aux services de santé assurés.
« contribution » [Abrogée, 1995, ch. 17, art. 34]
« 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.
« dentiste » Personne légalement autorisée à exercer la médecine dentaire au lieu où elle se livre à cet exercice.
« frais modérateurs » Frais d'un service de santé assuré autorisés ou permis par un régime provincial d'assurance-santé mais non payables, soit directement soit indirectement, au titre d'un régime provincial d'assurance-santé, à l'exception des frais imposés par surfacturation.

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” means hospital services, physician services and surgical-dental services provided to insured persons, but does not include any health services that a person is entitled to and eligible for under any other Act of Parliament or under any Act of the legislature of a province that relates to workers’ or workmen’s compensation;

“insured health services”
« services de santé assurés »

« 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.

« 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 chirurgie dentaire »
“surgical-dental services”

<p>“insured person” « assuré »</p>	<p>“insured person” means, in relation to a province, a resident of the province other than</p> <p>(a) a member of the Canadian Forces,</p> <p>(b) a member of the Royal Canadian Mounted Police who is appointed to a rank therein,</p> <p>(c) a person serving a term of imprisonment in a penitentiary as defined in the <i>Penitentiary Act</i>, or</p> <p>(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;</p>	<p>« 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.</p>	<p>« services de santé assurés » “insured health services”</p>
<p>“medical practitioner” « médecin »</p>	<p>“medical practitioner” means a person lawfully entitled to practise medicine in the place in which the practice is carried on by that person;</p>	<p>« 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 :</p>	<p>« services hospitaliers » “hospital services”</p>
<p>“Minister” « ministre »</p>	<p>“Minister” means the Minister of Health;</p>	<p>a) l’hébergement et la fourniture des repas en salle commune ou, si médicalement nécessaire, en chambre privée ou semi-privée;</p>	
<p>“physician services” « services médicaux »</p>	<p>“physician services” means any medically required services rendered by medical practitioners;</p>	<p>b) les services infirmiers;</p> <p>c) les actes de laboratoires, de radiologie ou autres actes de diagnostic, ainsi que les interprétations nécessaires;</p>	
<p>“resident” « habitant »</p>	<p>“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;</p>	<p>d) les produits pharmaceutiques, substances biologiques et préparations connexes administrés à l’hôpital;</p>	
<p>“surgical-dental services” « services de chirurgie dentaire »</p>	<p>“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;</p>	<p>e) l’usage des salles d’opération, des salles d’accouchement et des installations d’anesthésie, ainsi que le matériel et les fournitures nécessaires;</p>	
<p>“user charge” « frais modérateurs »</p>	<p>“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.</p>	<p>f) le matériel et les fournitures médicaux et chirurgicaux;</p>	
	<p>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.</p>	<p>g) l’usage des installations de radiothérapie;</p>	
		<p>h) l’usage des installations de physiothérapie;</p>	
		<p>i) les services fournis par les personnes rémunérées à cet effet par l’hôpital.</p>	
		<p>Ne sont pas compris parmi les services hospitaliers les services exclus par les règlements.</p>	
		<p>« services médicaux » Services médicalement nécessaires fournis par un médecin.</p>	<p>« services médicaux » “physician services”</p>
		<p>« surfacturation » Facturation de la prestation à un assuré par un médecin ou un dentiste d’un service de santé assuré, en excédent par rapport au montant payé ou à payer pour la prestation de ce service au titre du régime provincial d’assurance-santé.</p>	<p>« surfacturation » “extra-billing”</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>		

CANADIAN HEALTH CARE POLICY

POLITIQUE CANADIENNE DE LA SANTÉ

Primary objective
of Canadian
health care policy

3. It is hereby declared that the primary objective of Canadian health care policy is to protect, promote and restore the physical and mental well-being of residents of Canada and to facilitate reasonable access to health services without financial or other barriers.

1984, c. 6, s. 3.

3. La politique canadienne de la santé a pour premier objectif de protéger, de favoriser et d'améliorer le bien-être physique et mental des habitants du Canada et de faciliter un accès satisfaisant aux services de santé, sans obstacles d'ordre financier ou autre.

1984, ch. 6, art. 3.

Objectif premier

PURPOSE

RAISON D'ÊTRE

Purpose of this
Act

4. The purpose of this Act is to establish criteria and conditions in respect of insured health services and extended health care services provided under provincial law that must be met before a full cash contribution may be made.

R.S., 1985, c. C-6, s. 4; 1995, c. 17, s. 35.

4. La présente loi a pour raison d'être d'établir les conditions d'octroi et de versement d'une pleine contribution pécuniaire pour les services de santé assurés et les services complémentaires de santé fournis en vertu de la loi d'une province.

L.R. (1985), ch. C-6, art. 4; 1995, ch. 17, art. 35.

Raison d'être de
la présente loi

CASH CONTRIBUTION

CONTRIBUTION PÉCUNIAIRE

Cash contribution

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.

R.S., 1985, c. C-6, s. 5; 1995, c. 17, s. 36.

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).

L.R. (1985), ch. C-6, art. 5; 1995, ch. 17, art. 36.

Contribution
pécuniaire

6. [Repealed, 1995, c. 17, s. 36]

6. [Abrogé, 1995, ch. 17, art. 36]

PROGRAM CRITERIA

CONDITIONS D'OCTROI

Program criteria

7. In order that a province may qualify for a full cash contribution referred to in section 5 for a fiscal year, the health care insurance plan of the province must, throughout the fiscal year, satisfy the criteria described in sections 8 to 12 respecting the following matters:

- (a) public administration;
- (b) comprehensiveness;
- (c) universality;
- (d) portability; and
- (e) accessibility.

1984, c. 6, s. 7.

7. Le versement à une province, pour un exercice, de la pleine contribution pécuniaire visée à l'article 5 est assujéti à l'obligation pour le régime d'assurance-santé de satisfaire, pendant tout cet exercice, aux conditions d'octroi énumérées aux articles 8 à 12 quant à :

- a) la gestion publique;
- b) l'intégralité;
- c) l'universalité;
- d) la transférabilité;
- e) l'accessibilité.

1984, ch. 6, art. 7.

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;

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;

Gestion publique

Designation of agency permitted	<p>(b) the public authority must be responsible to the provincial government for that administration and operation; and</p> <p>(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.</p> <p>(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</p> <p>(a) to receive on its behalf any amounts payable under the provincial health care insurance plan; or</p> <p>(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.</p>	<p>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.</p> <p>(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 :</p> <p>a) soit de recevoir en son nom les montants payables au titre du régime provincial d'assurance-santé;</p> <p>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.</p>	Désignation d'un mandataire
	<p>1984, c. 6, s. 8.</p>	<p>1984, ch. 6, art. 8.</p>	
Comprehensiveness	<p>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.</p>	<p>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.</p>	Intégralité
<p>1984, c. 6, s. 9.</p>	<p>1984, ch. 6, art. 9.</p>		
Universality	<p>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.</p>	<p>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.</p>	Universalité
<p>1984, c. 6, s. 10.</p>	<p>1984, ch. 6, art. 10.</p>		
Portability	<p>11. (1) In order to satisfy the criterion respecting portability, the health care insurance plan of a province</p> <p>(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;</p>	<p>11. (1) La condition de transférabilité suppose que le régime provincial d'assurance-santé :</p> <p>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;</p>	Transférabilité

(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.

(2) The criterion respecting portability is not contravened by a requirement of a provincial health care insurance plan that the prior consent of the public authority that administers and operates the plan must be obtained for elective insured health services provided to a resident of the province while temporarily absent from the province if the services in question were available on a substantially similar basis in the province.

(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.

12. (1) In order to satisfy the criterion respecting accessibility, the health care insurance plan of a province

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.

(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.

12. (1) La condition d’accessibilité suppose que le régime provincial d’assurance-santé :

Requirement for consent for elective insured health services permitted

Definition of “elective insured health services”

Accessibility

Consentement préalable à la prestation des services de santé assurés facultatifs

Définition de «services de santé assurés facultatifs»

Accessibilité

(a) must provide for insured health services on uniform terms and conditions and on a basis that does not impede or preclude, either directly or indirectly whether by charges made to insured persons or otherwise, reasonable access to those services by insured persons;

(b) must provide for payment for insured health services in accordance with a tariff or system of payment authorized by the law of the province;

(c) must provide for reasonable compensation for all insured health services rendered by medical practitioners or dentists; and

(d) must provide for the payment of amounts to hospitals, including hospitals owned or operated by Canada, in respect of the cost of insured health services.

Reasonable compensation

(2) In respect of any province in which extra-billing is not permitted, paragraph (1)(c) shall be deemed to be complied with if the province has chosen to enter into, and has entered into, an agreement with the medical practitioners and dentists of the province that provides

(a) for negotiations relating to compensation for insured health services between the province and provincial organizations that represent practising medical practitioners or dentists in the province;

(b) for the settlement of disputes relating to compensation through, at the option of the appropriate provincial organizations referred to in paragraph (a), conciliation or binding arbitration by a panel that is equally representative of the provincial organizations and the province and that has an independent chairman; and

(c) that a decision of a panel referred to in paragraph (b) may not be altered except by an Act of the legislature of the province.

1984, c. 6, s. 12.

CONDITIONS FOR CASH CONTRIBUTION

13. In order that a province may qualify for a full cash contribution referred to in section 5, the government of the province

Conditions

(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

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.

(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 :

Rémunération raisonnable

a) la tenue de négociations sur la rémunération des services de santé assurés entre la province et les organisations provinciales représentant les médecins ou dentistes qui exercent dans la province;

b) le règlement des différends concernant la rémunération par, au choix des organisations provinciales compétentes visées à l'alinéa a), soit la conciliation soit l'arbitrage obligatoire par un groupe représentant également les organisations provinciales et la province et ayant un président indépendant;

c) l'impossibilité de modifier la décision du groupe visé à l'alinéa b), sauf par une loi de la province.

1984, ch. 6, art. 12.

CONTRIBUTION PÉCUNIAIRE ASSUJETTIE À DES CONDITIONS

13. Le versement à une province de la pleine contribution pécuniaire visée à l'article 5 est assujéti à l'obligation pour le gouvernement de la province :

Obligations de la province

a) de communiquer au ministre, selon les modalités de temps et autres prévues par les règlements, les renseignements du genre

(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

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.

(2) Before referring a matter to the Governor in Council under subsection (1) in respect of a province, the Minister shall

(a) send by registered mail to the minister responsible for health care in the province a notice of concern with respect to any problem foreseen;

(b) seek any additional information available from the province with respect to the problem through bilateral discussions, and make a report to the province within ninety days after sending the notice of concern; and

(c) if requested by the province, meet within a reasonable period of time to discuss the report.

(3) The Minister may act without consultation under subsection (1) if the Minister is of the opinion that a sufficient time has expired after reasonable efforts to achieve consultation and that consultation will not be achieved.

1984, c. 6, s. 14.

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

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.

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.

(2) Avant de renvoyer une affaire au gouverneur en conseil conformément au paragraphe (1) relativement à une province, le ministre :

a) envoie par courrier recommandé à son homologue chargé de la santé dans la province un avis sur tout problème éventuel;

b) tente d'obtenir de la province, par discussions bilatérales, tout renseignement additionnel disponible sur le problème et fait rapport à la province dans les quatre-vingt-dix jours suivant l'envoi de l'avis;

c) si la province le lui demande, tient une réunion dans un délai acceptable afin de discuter du rapport.

(3) Le ministre peut procéder au renvoi prévu au paragraphe (1) sans consultation préalable s'il conclut à l'impossibilité d'obtenir cette consultation malgré des efforts sérieux déployés à cette fin au cours d'un délai convenable.

1984, ch. 6, art. 14.

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

Referral to Governor in Council

Renvoi au gouverneur en conseil

Consultation process

Étapes de la consultation

Where no consultation can be achieved

Impossibilité de consultation

Order reducing or withholding contribution

Décret de réduction ou de retenue

12 or that a province has failed to comply with any condition set out in section 13, the Governor in Council may, by order,

(a) direct that any cash contribution to that province for a fiscal year be reduced, in respect of each default, by an amount that the Governor in Council considers to be appropriate, having regard to the gravity of the default; or

(b) where the Governor in Council considers it appropriate, direct that the whole of any cash contribution to that province for a fiscal year be withheld.

Amending orders

(2) The Governor in Council may, by order, repeal or amend any order made under subsection (1) where the Governor in Council is of the opinion that the repeal or amendment is warranted in the circumstances.

Notice of order

(3) A copy of each order made under this section together with a statement of any findings on which the order was based shall be sent forthwith by registered mail to the government of the province concerned and the Minister shall cause the order and statement to be laid before each House of Parliament on any of the first fifteen days on which that House is sitting after the order is made.

Commencement of order

(4) An order made under subsection (1) shall not come into force earlier than thirty days after a copy of the order has been sent to the government of the province concerned under subsection (3).

R.S., 1985, c. C-6, s. 15; 1995, c. 17, s. 38.

Reimposition of reductions or withholdings

16. In the case of a continuing failure to satisfy any of the criteria described in sections 8 to 12 or to comply with any condition set out in section 13, any reduction or withholding under section 15 of a cash contribution to a province for a fiscal year shall be reimposed for each succeeding fiscal year as long as the Minister is satisfied, after consultation with the minister responsible for health care in the province, that the default is continuing.

R.S., 1985, c. C-6, s. 16; 1995, c. 17, s. 39.

When reduction or withholding imposed

17. Any reduction or withholding under section 15 or 16 of a cash contribution may be imposed in the fiscal year in which the default that gave rise to the reduction or withholding occurred or in the following fiscal year.

R.S., 1985, c. C-6, s. 17; 1995, c. 17, s. 39.

EXTRA-BILLING AND USER CHARGES

ou plus aux conditions visées aux articles 8 à 12 ou que la province ne s'est pas conformée aux conditions visées à l'article 13, le gouverneur en conseil peut, par décret :

a) soit ordonner, pour chaque manquement, que la contribution pécuniaire d'un exercice à la province soit réduite du montant qu'il estime indiqué, compte tenu de la gravité du manquement;

b) soit, s'il l'estime indiqué, ordonner la retenue de la totalité de la contribution pécuniaire d'un exercice à la province.

(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.

Modification des décrets

(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.

Avis

(4) Un décret pris en vertu du paragraphe (1) ne peut entrer en vigueur que trente jours après l'envoi au gouvernement de la province concernée du texte du décret aux termes du paragraphe (3).

Entrée en vigueur du décret

L.R. (1985), ch. C-6, art. 15; 1995, ch. 17, art. 38.

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.

Nouvelle application des réductions ou retenues

L.R. (1985), ch. C-6, art. 16; 1995, ch. 17, art. 39.

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.

Application aux exercices ultérieurs

L.R. (1985), ch. C-6, art. 17; 1995, ch. 17, art. 39.

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>	SURFACTURATION ET FRAIS MODÉRATEURS	<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 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>20. (1) Dans le cas où une province ne se conforme pas à la condition visée à l'article 18, il est déduit de la contribution pécuniaire à cette dernière pour un exercice un montant, déterminé par le ministre d'après les 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>	Dédution en cas de surfacturation	
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>	Dédution 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

(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.

(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 1er 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.

Comptabilisation

Refund to province

(5) Where, in any of the three fiscal years referred to in subsection (4), extra-billing or user charges have, in the opinion of the Minister, been eliminated in a province, the total amount deducted in respect of extra-billing or user charges, as the case may be, shall be paid to the province.

(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.

Remboursement à la province

Saving

(6) Nothing in this section restricts the power of the Governor in Council to make any order under section 15.

(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.

Réserve

1984, c. 6, s. 20.

1984, ch. 6, art. 20.

When deduction made

21. Any deduction from a cash contribution under section 20 may be made in the fiscal year in which the matter that gave rise to the deduction occurred or in the following two fiscal years.

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.

Application aux exercices ultérieurs

1984, c. 6, s. 21.

1984, ch. 6, art. 21.

REGULATIONS

RÈGLEMENTS

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

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 :

Règlements

(a) defining the services referred to in paragraphs (a) to (d) of the definition "extended health care services" in section 2;

a) définir les services visés aux alinéas a) à d) de la définition de «services complémentaires de santé» à l'article 2;

(b) prescribing the services excluded from hospital services;

b) déterminer les services exclus des services hospitaliers;

(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

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) prescribing the manner in which recognition to the Canada Health and Social Transfer is required to be given under paragraph 13(b).

d) prévoir la façon dont il doit être fait état du Transfert en vertu de l'alinéa 13b).

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.

(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.

Consentement des 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.

(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 1er avril 1984.

Exception

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.

(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.

Consultation des provinces

R.S., 1985, c. C-6, s. 22; 1995, c. 17, s. 40.

L.R. (1985), ch. C-6, art. 22; 1995, ch. 17, art. 40.

REPORT TO PARLIAMENT

RAPPORT AU PARLEMENT

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 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.

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 chambre du Parlement dans les quinze premiers jours de séance de celle-ci suivant son achèvement.

Rapport annuel du ministre

1984, c. 6, s. 23.

1984, ch. 6, art. 23.

OFFICE CONSOLIDATION

CODIFICATION ADMINISTRATIVE

**Extra-billing and User
Charges Information
Regulations**

**Règlement concernant
les renseignements sur la
surfacturation et les frais
modérateurs**

SOR/86-259

DORS/86-259

WARNING NOTE

Users of this office consolidation are reminded that it is prepared for convenience of reference only and that, as such, it has no official sanction.

AVERTISSEMENT

La présente codification administrative n'est préparée que pour la commodité du lecteur et n'a aucune valeur officielle.

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.

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

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. 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.

(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.

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 oeuvre de la *Loi canadienne sur la santé*.

La lettre du ministre Epp faisait suite à plusieurs mois de consultations avec les provinces et les territoires. La lettre présente les énoncés de politique générale fédérale qui clarifient les critères, les conditions et les dispositions réglementaires de la *LCS*. Ces éclaircissements ont été utilisés par le gouvernement fédéral dans l'évaluation et l'interprétation de la conformité à la loi. La lettre Epp demeure une référence importante pour l'interprétation de la *Loi*.

Politique fédérale sur les cliniques privées

Entre février et décembre 1994 a eu lieu une série de sept réunions fédérales-provinciales-territoriales portant uniquement ou en partie sur les établissements privés. Il était question de la multiplication des cliniques privées offrant des services médicalement nécessaires financés en partie par le système public et en partie par les patients, et de leurs conséquences sur le système canadien de soins de santé universel et financé par l'État.

Lors de la réunion fédérale-provinciale-territoriale des ministres de la Santé, tenue à Halifax en septembre 1994, tous les ministres présents, à l'exception de celui de l'Alberta, ont convenu de « prendre les mesures qui s'imposaient pour réglementer le développement des cliniques privées au Canada ».

Le 6 janvier 1995, la ministre de la Santé, Diane Marleau, a écrit aux ministres provinciaux et territoriaux de la Santé pour annoncer la nouvelle politique fédérale sur les cliniques privées. La lettre de la ministre présentait l'interprétation fédérale de la *Loi canadienne sur la santé* en ce qui concerne l'imposition directe de frais d'établissement aux patients qui reçoivent des services médicaux nécessaires dans une clinique privée. La lettre stipulait aussi que la définition d'« hôpital » de la *Loi canadienne sur la santé* comprend tout établissement public qui offre des soins actifs, de longue durée et de réadaptation. Ainsi, lorsqu'un régime provincial ou territorial d'assurance-santé paye les honoraires d'un médecin pour un service médicalement nécessaire offert dans une clinique privée, il doit également payer les frais d'établissement ou s'attendre à ce qu'une retenue soit faite sur les paiements de transfert du gouvernement fédéral.

[Voici le texte de la lettre envoyée le 15 juillet 1985 au ministre des Affaires sociales du Québec par l'honorable Jake Epp, ministre de la Santé et du Bien-être social. (Nota : le ministre Epp a envoyé une lettre identique en anglais aux autres ministres provinciaux et territoriaux de la Santé le 18 juin 1985.)]

Le 15 juillet 1985

OTTAWA, K1A 0K9

Monsieur le Ministre,

Maintenant que j'ai terminé ma ronde de consultations bilatérales au cours des derniers mois avec les ministres provinciaux et territoriaux de la Santé, de même que lors de la rencontre de Winnipeg les 16 et 17 mai, j'aimerais confirmer mes intentions relativement à l'interprétation et à la mise en oeuvre de la *Loi canadienne sur la santé*. J'apprécierais plus particulièrement que vous me fassiez connaître par écrit vos vues au sujet des projets de règlements ci-joints afin que je puisse prendre les mesures nécessaires pour assurer leur promulgation dès que possible. Aussi, je vous écrirai plus longuement concernant les informations dont j'aurai besoin pour préparer le rapport annuel que je dois soumettre au Parlement.

Tel que souligné lors de notre réunion à Winnipeg, j'entends respecter la compétence des provinces pour tout ce qui touche à la santé et à la prestation des services de santé. Je sais, par conviction et par expérience, qu'on peut accomplir davantage dans l'harmonie et la collaboration que dans la discorde et l'affrontement.

En ce qui a trait à la *Loi canadienne sur la santé*, la conclusion qui s'impose à moi, à la suite de nos entretiens, c'est que nous sommes tous au même titre les dépositaires de la confiance du public et que nous nous sommes tous promis de conserver un système d'assurance-santé universel, complet, accessible et transférable, géré par un organisme public à l'avantage de tous les habitants du Canada, et que nous allons l'améliorer si c'est possible.

Nos échanges ont renforcé la conviction que j'avais déjà, à savoir que vous avez besoin de suffisamment de latitude et de souplesse administrative pour faire fonctionner vos régimes d'assurance-santé. Vous connaissez bien mieux que moi les besoins et les priorités des habitants de vos provinces par rapport aux facteurs géographiques et économiques. Il est essentiel, par ailleurs, que les provinces assument la responsabilité qui leur incombe en premier d'assurer les services de santé.

J'ai eu en même temps le sentiment que les provinces désirent que le gouvernement fédéral continue de jouer un rôle concret, tant sur le plan monétaire qu'autrement, afin de les aider dans leurs efforts pour tenter de réaliser les objectifs fondamentaux du système de soins: protéger, favoriser et restaurer le bien-être physique et mental des Canadiens. En tant que groupe, les ministres provinciaux et territoriaux de la Santé acceptent l'existence d'une association coopérative avec le gouvernement fédéral basée d'abord sur les contributions que ce dernier verse au titre des soins et des services complémentaires de santé assurés.

Je dirais peut-être aussi que la *Loi canadienne sur la santé* ne constitue pas la réponse aux défis devant lesquels nous nous trouvons pour ce qui est de l'appareil de santé. Il me tarde de travailler avec vous dans un esprit de collaboration afin que nous puissions relever des défis comme l'évolution rapide de la technologie médicale et le vieillissement de la population, et que nous arrivions à définir des stratégies de promotion de la santé ainsi que d'autres formules pour assurer les soins.

Pour revenir à la tâche immédiate que représente l'application de la *Loi canadienne sur la santé*, je veux établir quelques énoncés raisonnablement complets de politique générale fédérale, à commencer par chacun des critères contenus dans la mesure législative.

Gestion publique

Le critère de la gestion publique est généralement accepté. Le but est de laisser la gestion des régimes provinciaux d'assurance-santé à une autorité publique, responsable devant le gouvernement provincial des décisions prises au sujet des seuils de prestations et des services, et assujettie à la vérification de ses dossiers et de ses comptes par une autorité publique.

Intégralité

La *Loi canadienne sur la santé* n'a pas pour but d'étendre ou de réduire la gamme de services assurés prévue dans l'ancienne législation fédérale. Sont compris dans les services assurés les soins hospitaliers nécessaires de l'avis d'un médecin, les services médicaux et les services de chirurgie dentaire qui doivent obligatoirement être dispensés à l'hôpital. Les régimes provinciaux doivent couvrir le coût des services aux malades hospitalisés et des services aux malades externes associés à la prestation des soins actifs, des soins de réadaptation et des soins aux malades chroniques. Pour ce qui est des services médicaux, les services assurés englobent généralement les services exigés pour des raisons médicales dispensés par des médecins autorisés de même que les interventions de chirurgie dentaire qui exigent l'hôpital pour être pratiquées comme il se doit. Les services dispensés par les autres professionnels des soins, sauf ceux qui doivent fournir les services hospitaliers nécessaires, ne sont pas assujettis aux critères de la loi.

À l'intérieur de ces paramètres généraux, les provinces, de même que les médecins, ont le privilège et aussi la responsabilité de dire en quoi consistent les services médicaux nécessaires pour des raisons médicales. Ce sont aussi les provinces qui déterminent quels hôpitaux et quels services hospitaliers sont exigés pour fournir les soins actifs, les soins de réadaptation ou les soins aux malades chroniques.

Universalité

Le but de la *Loi canadienne sur la santé* est de garantir que tous les habitants reconnus d'une province ont droit à la protection et aux prestations en vertu d'un des douze régimes provinciaux ou territoriaux d'assurance-santé. Cependant les résidents éligibles ont la latitude et peuvent élire de ne pas adhérer au régime provincial.

L'accord sur l'admissibilité et la transférabilité fournit des directives utiles pour établir le domicile et déterminer les modalités qui permettent d'obtenir et de conserver la protection. Les dispositions en sont compatibles avec celles de la loi.

Je veux dire quelques mots au sujet des primes. Les provinces ont incontestablement le droit de prélever des impôts et la *Loi canadienne sur la santé* n'entrave pas ce droit. La loi n'interdit pas le système de primes en soi, pourvu que le régime provincial d'assurance-santé soit appliqué et géré de manière à ne pas refuser la protection ou empêcher l'accès aux services hospitaliers et aux services médicaux nécessaires pour les habitants reconnus d'une province. Les modalités administratives devraient être telles que les habitants ne soient pas privés de la protection parce qu'ils sont incapables de payer les primes.

Je suis conscient des problèmes auxquels font face certaines provinces dans le cas des touristes et des visiteurs qui peuvent avoir besoin de services de santé pendant leur séjour au Canada. Avec mes collègues du Cabinet, le ministre des Affaires extérieures et la ministre de l'Emploi et de l'Immigration, je veux effectuer un examen de ce qui se fait actuellement pour que tous les moyens soient pris afin d'informer les visiteurs éventuels de la nécessité de se protéger en se procurant une assurance-santé suffisante avant d'entrer au Canada.

En somme, je crois qu'en notre qualité de ministres de la Santé, nous avons tous l'obligation de poursuivre l'objectif, autrement dit, faire en sorte que toutes les personnes dûment domiciliées dans une province obtiennent et conservent le droit aux services assurés, et cela selon des modalités uniformes.

Transférabilité

Les dispositions de la *Loi canadienne sur la santé* relatives à la transférabilité visent à fournir aux assurés une protection ininterrompue en vertu de leur régime d'assurance-santé quand ils s'absentent temporairement de la province où ils sont domiciliés ou quand ils se déplacent d'une province à une autre. Pendant un séjour temporaire dans une autre province, les habitants reconnus d'une province ne devraient pas être obligés de payer de leur poche pour obtenir les services hospitaliers ou médicaux nécessaires. Les fournisseurs de soins devraient avoir l'assurance de toucher des montants raisonnables à l'égard du coût de ces services.

Quant aux services assurés reçus pendant un séjour à l'étranger, le but est de garantir une indemnisation raisonnable au titre des services hospitaliers ou médicaux d'urgence qui sont nécessaires ou des services prescrits qui n'existent pas dans une province ou dans les provinces voisines. En général, les formules de paiement rattachées aux indemnités qui auraient été versées au titre des mêmes services dispensés dans une province pourraient être acceptées pour les besoins de la *Loi canadienne sur la santé*.

Dans mes entretiens avec les ministres provinciaux et territoriaux, j'ai senti un désir d'arriver aux objectifs souhaités en matière de transférabilité et de réduire au minimum les difficultés que les Canadiens peuvent rencontrer quand ils se déplacent au Canada. Je crois que les ministres de la Santé des provinces et des territoires sont tous désireux de voir à ce que ces services soient fournis de façon plus efficace et d'une manière plus économique pour que les Canadiens puissent conserver leur protection d'assurance-santé ou obtenir les prestations ou les services sans empêchement indu.

Des progrès appréciables ont été réalisés ces dernières années grâce aux accords de réciprocité qui permettent d'atteindre les objectifs de transférabilité visés par la *Loi canadienne sur la santé* en ce qui a trait à la protection à l'intérieur du Canada. Ces accords ne font pas obstacle aux droits et privilèges des provinces quand il s'agit de déterminer quels sont les services rendus dans une autre province et d'en prévoir l'indemnisation. Ils n'empêchent pas non plus les provinces d'exercer un contrôle raisonnable par le moyen de l'approbation préalable des interventions facultatives. Mais je reconnais qu'il y a encore du travail à faire relativement aux modalités de paiement entre les provinces pour atteindre cet objectif, surtout par rapport aux services des médecins.

Je suis bien conscient que toutes les difficultés ne peuvent être résolues du jour au lendemain et qu'il faudra allouer assez de temps pour que les régimes provinciaux arrivent à ne pas exiger de frais directs des malades pour les services hospitaliers et les services médicaux nécessaires fournis dans les autres provinces.

Quant aux services nécessaires fournis à l'étranger, j'ai confiance que nous pouvons établir des normes acceptables d'indemnisation au titre des services médicaux et des services hospitaliers essentiels. La *Loi* ne définit pas de formule particulière et je serais heureux de connaître vos vues à ce sujet.

Pour que nos efforts s'harmonisent, je proposerais de demander au Comité consultatif fédéral-provincial des services médicaux et des services en établissement d'examiner différentes possibilités et de présenter d'ici un an des solutions pour atteindre ces objectifs.

Accessibilité raisonnable

La *Loi* est assez claire à l'égard de certains aspects de l'accessibilité. Ce qu'elle cherche à faire, c'est de décourager la pratique voulant que des frais soient exigés sur-le-champ pour les services assurés fournis aux assurés et d'empêcher que s'exercent de fâcheuses distinctions à l'égard d'un groupe de population en ce qui a trait à la facturation des services ou de l'usage nécessaire des services assurés. La *Loi* met en même temps l'accent sur l'association qui doit exister entre les fournisseurs des services assurés et les gestionnaires des régimes provinciaux, exigeant que les régimes provinciaux comportent des mécanismes raisonnables de paiement ou d'indemnisation pour que les usagers aient un accès raisonnable aux services. Je veux souligner de nouveau mon intention de respecter les privilèges des provinces relativement à l'organisation, à l'émission d'un permis d'exercice, à l'offre, à la répartition de la main-d'oeuvre, ainsi qu'à l'affectation des ressources et aux priorités dans le cas des services assurés. Je tiens à vous assurer que le gouvernement fédéral ne recourra pas à la disposition relative à l'accès raisonnable pour intervenir directement dans des questions comme l'existence matérielle ou géographique des services ou la régie par les provinces des établissements et des professions

qui fournissent les services assurés. Les grandes questions ayant trait à l'accès aux services de santé me seront inévitablement signalées. Je veux vous donner l'assurance que mon Ministère travaillera par l'intermédiaire des bureaux des ministres provinciaux et territoriaux, et de concert avec eux, afin de régler ces questions.

Mon but en vous faisant part de mes intentions au sujet des critères contenus dans la *Loi canadienne sur la santé*, c'est de nous permettre de travailler ensemble à définir notre système national d'assurance-santé. Je crois que si nous poursuivons le dialogue, si nous sommes favorables à l'idée d'échanger des renseignements et que nous voulons le faire, et si nous comprenons bien de part et d'autre les règles du jeu, nous pouvons mettre en oeuvre la *Loi* sans animosité et sans conflit.

Je préférerais que les ministres provinciaux et territoriaux aient eux-mêmes une possibilité d'interpréter les critères de la *Loi canadienne sur la santé* et de les appliquer à leurs régimes d'assurance-santé respectifs. Je crois également que les ministres de la Santé des provinces et des territoires comprennent et acceptent tous que j'ai des comptes à rendre au Parlement du Canada, et que je dois notamment présenter tous les ans un rapport sur le fonctionnement des régimes provinciaux d'assurance-santé en ce qui a trait au respect de ces critères fondamentaux.

Conditions

Cela m'amène aux conditions relatives à l'obligation de reconnaître les contributions fédérales et à celles de fournir des renseignements, l'une et l'autre pouvant être précisées dans le règlement. À ce propos, je veux me guider sur les principes suivants :

1. faire le moins de règlements possibles et seulement si c'est absolument nécessaire;
2. compter sur la bonne volonté des ministres pour reconnaître comme il se doit le rôle et la contribution du gouvernement fédéral et pour fournir de plein gré les renseignements nécessaires afin d'exécuter la loi et de faire rapport au Parlement;
3. recourir à la concertation et à l'échange de renseignements qui nous profitent mutuellement comme moyens privilégiés pour mettre en oeuvre et faire appliquer la *Loi canadienne sur la santé*;
4. utiliser les mécanismes qui existent déjà pour échanger des renseignements à l'avantage mutuel de nos administrations.

En ce qui a trait à la reconnaissance des contributions fédérales à la santé par les gouvernements provinciaux et territoriaux, je suis convaincu que nous pouvons normalement arriver sans peine à nous entendre sur la solution appropriée. À mon avis, la meilleure formule, c'est de montrer qu'en tant que ministres de la Santé, nous travaillons ensemble dans l'intérêt du contribuable et du malade.

À l'égard de l'information, je m'en tiens à l'engagement que j'ai pris d'améliorer si possible les systèmes nationaux de données déjà en place, et cela dans un esprit de collaboration et de coopération. Ces systèmes servent à plus d'une fin et fournissent au gouvernement fédéral aussi bien qu'aux autres organismes et au grand public des données essentielles sur notre appareil de soins et l'état de santé de notre population. J'entrevois la poursuite d'un travail en association qui permettra d'améliorer les systèmes d'information sanitaire dans des domaines comme les taux de morbidité et de mortalité, l'état de santé, le fonctionnement des services de santé et leur utilisation, le coût et le financement des soins.

Je crois fermement que le gouvernement fédéral n'a pas besoin de réglementer ces questions. Je n'ai donc pas l'intention de recourir au pouvoir de réglementation pour ce qui est des renseignements exigés en vertu de la *Loi canadienne sur la santé* quand il s'agit d'étendre ou de modifier les systèmes généraux de données et les échanges de renseignements. Afin que l'information relative à la *Loi canadienne sur la santé* circule le plus économiquement possible, je vois seulement deux mécanismes particuliers, et essentiels, de transfert des données :

1. des estimations et des bilans sur la surfacturation et les frais modérateurs;
2. un bilan provincial annuel (peut-être sous la forme d'une lettre qui me sera envoyée) à présenter à peu près six mois après la fin de l'exercice financier, décrivant le fonctionnement des régimes provinciaux respectifs d'assurance-santé par rapport aux critères et aux conditions de la *Loi canadienne sur la santé*.

Au sujet du premier point, je propose d'établir des règlements dont le contenu sera identique à celui des règlements qui ont été acceptés pour 1985-86. Vous trouverez un projet de règlements joint à titre d'annexe I. Pour aider à préparer le bilan provincial annuel auquel je fais allusion au deuxième point, j'ai élaboré des directives générales qui constituent l'annexe II. Au-delà de ces documents bien précis, j'ai confiance que l'échange spontané et mutuellement bénéfique d'éléments tels que les lois, les règlements et les descriptions de programmes se poursuivra.

Une question a été soulevée au cours de nos entretiens antérieurs que nous avons eus au début, à savoir si les estimations ou les retenues en ce qui a trait aux frais modérateurs et à la surfacturation devraient être fondées sur les « montants facturés » ou sur les « montants perçus ». La *Loi* établit clairement que les retenues doivent être basées sur les montants facturés. Or, en ce qui a trait aux frais modérateurs, des régimes provinciaux acquittent les frais indirectement pour certaines personnes. Lorsqu'il est nettement démontré qu'un régime provincial rembourse aux fournisseurs de soins le montant facturé mais ne le perçoit pas, disons à l'égard des bénéficiaires de l'aide sociale ou dans le cas des comptes impayés, il faudra rajuster en conséquence les estimations et les retenues.

Je veux insister sur le fait que lorsqu'un régime provincial n'autorise pas les frais modérateurs, tout le système doit être conforme au but du critère de l'accessibilité raisonnable énoncé [dans cette lettre].

Règlements

En plus de ceux qui visent la reconnaissance du rôle fédéral et les renseignements à fournir, dont il est question précédemment, la loi prévoit l'établissement de règlements ayant rapport aux services hospitaliers exclus et de règlements relatifs à la définition des services complémentaires de santé.

Vous êtes au courant que la loi spécifie que chacune des provinces doit être consultée et qu'il doit y avoir entente au sujet des règlements. Les discussions que j'ai eues avec vous n'ont fait ressortir que certaines inquiétudes au sujet de l'ensemble provisoire de services exclus des règlements sur les services hospitaliers, ci-joint.

De même, je n'ai pas perçu d'inquiétude au sujet du projet de règlements qui définit les services complémentaires de santé. Ces règlements aident à fournir des précisions pour que les provinces puissent interpréter la loi et gérer les régimes et programmes en cours. Ils ne modifient pas sensiblement ou en substance ceux qui ont été en vigueur pendant huit ans en vertu de la partie IV de la *Loi* de 1977 sur les contributions à l'enseignement postsecondaire et à la santé. Il se pourrait bien, cependant, quand nous commencerons à examiner les défis à relever dans le domaine des soins, que nous devions songer à revoir ces définitions.

J'ai voulu par cette lettre essayer d'établir des règles de base souples, raisonnables et claires pour faciliter à l'échelon provincial, aussi bien qu'à l'échelon fédéral, l'administration de la *Loi canadienne sur la santé*. J'ai voulu englober beaucoup de questions, dont l'interprétation des critères, la position fédérale au sujet des conditions et les projets de règlements. Je suis évidemment conscient qu'une lettre de cette sorte ne peut pas traiter de chacun des points qui préoccupent chaque ministre de la Santé. Il est donc essentiel qu'un dialogue et que la communication se poursuivent.

En terminant, laissez-moi vous remercier de l'aide que vous avez apportée pour en arriver à ce que je crois être un point de vue généralement accepté en ce qui a trait à l'interprétation et à l'application de la *Loi*. Tel que mentionné au début de cette lettre, je vous saurais gré de me signaler par écrit, sous peu vos vues sur les projets de règlements ci-joints. J'ai l'intention de vous écrire bientôt au sujet de l'échange volontaire de renseignements dont nous avons discuté, relativement à l'administration de la *Loi* et du rapport à présenter au Parlement.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de ma considération distinguée.

Jake Epp

[Voici le texte de la lettre envoyée le 6 janvier 1995 à tous les ministres provinciaux et territoriaux de la Santé par l'honorable Diane Marleau, ministre de la Santé.]

Le 6 janvier 1995

Cher collègue,

Objet : la *Loi canadienne sur la santé*

La *Loi canadienne sur la santé* est en vigueur depuis un peu plus d'une décennie. Les principes énoncés dans la loi (gestion publique, intégralité, universalité, transférabilité et accessibilité) continuent d'être appuyés par tous les gouvernements provinciaux et territoriaux et par la grande majorité des Canadiens et des Canadiennes. Mais l'érosion possible du système de santé canadien administré et financé par le secteur public suscite des craintes, et il est essentiel de prendre les moyens nécessaires pour préserver ces principes.

Il est clair à la suite de la réunion de Halifax tenue récemment, que plusieurs ministres de la Santé sont préoccupés par une tendance à interpréter la *Loi* de façons divergentes. J'aborderai d'autres questions à la fin de la présente lettre à cet égard. Toutefois, ma préoccupation principale concerne les cliniques privées et les frais d'établissement qu'elles perçoivent auprès de leurs patients. C'est un problème qui n'est pas nouveau pour les ministres de la Santé. Il a fait l'objet d'importantes discussions lors de notre réunion à Halifax l'an dernier. Pour les raisons que j'expose dans cette lettre, je suis convaincue que la prolifération d'un « second palier » d'établissements, exploités entièrement ou dans une large mesure en dehors du système de santé administré et financé par des fonds publics, et dispensant des services médicalement nécessaires, constitue une menace sérieuse pour le système de soins de santé du Canada.

Plus précisément, et plus directement, je considère que les frais d'établissement exigés par les cliniques privées pour des services médicalement nécessaires représentent un problème sérieux qui doit être réglé. Selon moi, de tels frais constituent des frais modérateurs et à ce titre, ils contreviennent au principe de l'accessibilité de la *Loi canadienne sur la santé*.

Bien que ces frais d'établissement ne soient pas définis dans la loi fédérale, ni dans les dispositions législatives de la plupart des provinces, ce terme renvoie aux montants d'argent qui peuvent être exigés pour des services de type hospitalier dispensés en clinique et qui ne sont pas remboursés par la province, par opposition aux services fournis par un médecin. Lorsque ces frais d'établissement sont imposés pour des services médicalement nécessaires dispensés dans une clinique qui reçoit, par ailleurs, en vertu du régime d'assurance-santé de la province, des fonds publics pour la prestation de ces services, ces frais constituent un obstacle financier à l'accessibilité des services. Ils enfreignent par conséquent la disposition de la loi relative aux frais modérateurs (article 19).

Les frais d'établissement sont, à mon avis, inacceptables parce qu'ils limitent l'accès aux services médicalement nécessaires. De plus, lorsque des cliniques qui reçoivent des fonds publics pour dispenser des services médicalement nécessaires exigent en supplément des frais d'établissement, les personnes qui ont les moyens de payer de tels frais sont directement subventionnées par tous les autres Canadiens et Canadiennes. Il m'apparaît tout à fait inacceptable de subventionner de la sorte un système de santé à deux paliers.

Ma position sur les frais d'établissement repose sur deux arguments. Le premier touche la politique en matière de santé. Dans le contexte actuel de la prestation des services de santé, une interprétation qui permet l'imposition de frais d'établissement pour des services médicalement nécessaires alors que le régime d'assurance-santé de la province couvre les honoraires du médecin va à l'encontre de l'esprit et de l'objet de la *Loi*. Autrefois, de nombreux services médicaux

exigeaient un séjour à l'hôpital; maintenant, grâce aux progrès de la technologie médicale et à la tendance à dispenser des services dans des endroits plus accessibles, il est possible d'offrir une vaste gamme de soins ou de services ambulatoires à l'extérieur du cadre hospitalier traditionnel. Le critère de la loi relatif à l'accessibilité, critère dont la disposition sur les frais modérateurs ne constitue qu'un exemple, avait, de toute évidence, pour objet de veiller à ce que les résidents du Canada reçoivent tous les services de santé médicalement nécessaires, sans obstacle financier ou autre, et quel que soit l'endroit où ces services sont dispensés. Ce critère doit conserver son sens initial quelle que soit la façon dont l'exercice de la médecine évolue.

Le deuxième argument relève de l'interprétation juridique. La définition du terme « hôpital » prévue dans la loi comprend tout établissement qui offre des soins hospitaliers aux personnes souffrant de maladie aiguë ou chronique ou exigeant des services de réadaptation. Cette définition couvre aussi les établissements de soins de santé connus sous le nom de « clinique ». Pour des raisons touchant à la fois la politique et l'interprétation juridique, je considère donc que lorsqu'un régime d'assurance-santé provincial prévoit le paiement d'honoraires de médecin pour des services médicalement nécessaires dispensés dans une clinique, il doit également prévoir le paiement des services (hospitaliers) connexes associés à la prestation de ces services, sans quoi la province en question devra s'attendre à l'application de déductions correspondant au total des frais modérateurs.

Je me rends bien compte que cette interprétation nécessitera certaines modifications, particulièrement dans les provinces où des cliniques exigent actuellement des frais d'établissement applicables à des services de santé médicalement nécessaires. Afin d'éviter des difficultés qui pourraient être jugées déraisonnables, je fixe au 15 octobre 1995 la date de mise en application de cette interprétation. Les provinces disposeront ainsi du temps requis pour mettre en place les dispositions législatives ou réglementaires qui s'imposent. À compter du 15 octobre 1995, toutefois, je commencerai à déduire des paiements de transfert toute somme exigée pour des frais d'établissement lorsque des services de santé médicalement nécessaires sont en cause, comme le prévoit l'article 20 de la *Loi canadienne sur la santé*. À mon avis, les provinces bénéficieront ainsi d'une période de transition raisonnable étant donné qu'elles sont maintenant saisies de mes préoccupations concernant les cliniques privées, et compte tenu des progrès déjà réalisés par le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur les services de santé qui se penche sur la question des cliniques privées depuis déjà un bon moment.

Je tiens à préciser que je ne cherche pas à empêcher l'utilisation de cliniques pour dispenser des services de santé médicalement nécessaires. Je sais que dans bien des cas, elles représentent un moyen efficace d'offrir des services de santé à moindre coût, et souvent en ayant recours à des techniques avancées. J'entends, par contre, veiller à ce que les services de santé médicalement nécessaires soient dispensés suivant des modalités uniformes et cela, quel que soit l'endroit où ils sont offerts. Les principes de la *Loi 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 oeuvre.

N'hésitez pas à prendre contact avec moi pour des éclaircissements au sujet de ma position sur les cliniques privées et les frais d'établissement. Mes fonctionnaires, quant à eux, sont prêts à rencontrer les vôtres quand ils le souhaiteront pour en discuter. Il faudrait d'ailleurs selon moi, que nos fonctionnaires se concentrent, au cours des prochaines semaines, sur les préoccupations plus générales concernant les cliniques privées.

Comme je l'ai mentionné au début de la présente lettre, la *Loi canadienne sur la santé* fait l'objet d'interprétations divergentes touchant un bon nombre d'autres pratiques. Je préfère généralement que les problèmes touchant l'interprétation de la *Loi* soient résolus par consensus fédéral-provincial-territorial en tenant compte des principes fondamentaux de la *Loi*. J'ai, par conséquent, encouragé les deux paliers de gouvernement à tenir des consultations dans tous les cas où il y avait de tels désaccords. En ce qui a trait à des situations telles que la couverture des frais médicaux engagés hors de la province de résidence ou à l'étranger, j'ai l'intention de poursuivre les consultations dans la mesure où elles sont susceptibles de mener à des conclusions satisfaisantes, dans des délais raisonnables.

En terminant, j'aimerais citer monsieur le juge Emmett M. Hall qui nous rappelait en 1980 que :

«...dans notre société, le traumatisme causé par les maladies, la douleur engendrée par les opérations chirurgicales et le lent acheminement vers la mort constituent suffisamment de fardeaux sans avoir à y ajouter celui qui provient des frais médicaux et hospitaliers frappant le malade au moment où il est vulnérable. »

Je suis convaincue, qu'en gardant cet avis à l'esprit, nous continuerons de conjuguer nos efforts en vue de sauvegarder et de renouveler ce qui pourrait bien être notre plus remarquable projet social.

Enfin, comme les questions traitées dans la présente lettre revêtent une importance certaine pour les Canadiens et Canadiennes, je compte la rendre publique une fois que tous les ministres provinciaux et territoriaux de la Santé l'auront reçue.

Veuillez agréer, cher collègue, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Diane Marleau

Ministre de la Santé



Annexe C

Processus de prévention et de règlement des différends liés à la Loi canadienne sur la santé

En avril 2002, l'honorable A. Anne McLellan décrivait, dans une lettre qu'elle adressait à ses homologues provinciaux et territoriaux, un processus de prévention et de règlement des différends liés à la *Loi canadienne sur la santé* dont avaient convenu l'ensemble des provinces et des territoires à l'exception du Québec. Le processus permet de satisfaire au désir des administrations fédérale, provinciales et territoriales de prévenir les différends liés à l'interprétation des principes de la *Loi canadienne sur la santé* et, lorsqu'il est impossible d'y parvenir, de les régler d'une façon équitable, transparente et opportune.

Le processus comprend des activités de règlement des différends liés à l'échange de renseignements entre les gouvernements; la discussion et la clarification des questions, dès qu'elles sont soulevées; la participation active des gouvernements aux comités spéciaux fédéraux-provinciaux-territoriaux des questions liées à la *Loi canadienne sur la santé*; ainsi que des évaluations préalables, si celles-ci sont demandées.

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

La ministre fédérale de la Santé détient le pouvoir final de décision en ce qui concerne l'interprétation et l'application de la *Loi canadienne sur la santé*. En décidant si elle doit invoquer les dispositions de non-conformité de la loi, la ministre prendra en considération le rapport du groupe.

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 à des comités fédéraux-provinciaux-territoriaux spéciaux sur les litiges liés à la *Loi canadienne sur la santé*;
- à utiliser un processus bilatéral d'échange d'information, de discussion et de clarification lorsque des conflits surviennent.

Santé Canada s'engage à présenter des évaluations préalables aux provinces et aux territoires qui en font la demande.

Règlement des différends

Lorsque la prévention des différends entre le gouvernement fédéral et un gouvernement provincial ou territorial n'a mené à rien, n'importe quel ministre de la Santé touché peut mettre en œuvre le règlement des différends en écrivant à son homologue. La lettre comprendra une description du différend. S'il est mis en œuvre, le règlement des différends précédera toute mesure prise en vertu du non-respect des dispositions de la loi.

En guise de première étape, les gouvernements touchés acceptent d'effectuer conjointement ce qui suit dans les 60 jours suivant la date de la lettre :

- recueillir et partager tous les faits pertinents;
- rédiger un rapport d'établissement des faits;
- négocier en vue de régler le conflit; 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.



Annexe D

Lexique des termes utilisés dans le Rapport annuel

Les termes compris dans ce lexique sont définis dans le contexte de la *Loi canadienne sur la santé*. Ils peuvent être définis ou interprétés différemment dans d'autres situations.

Terme	Explication
Absence temporaire	En vertu de la condition d'octroi de la <i>Loi canadienne sur la santé</i> portant sur la transférabilité (article 11(1)(b)), le terme « absence temporaire » est utilisé lorsqu'une personne assurée s'absente de façon temporaire de sa province ou de son territoire de résidence pour des raisons liées au travail, aux études ou aux vacances ou pour d'autres raisons qui ne supposent pas que la personne établira sa résidence permanente ailleurs.
Accord sur l'admissibilité et la transférabilité	Le premier Accord interprovincial-territorial sur l'admissibilité et la transférabilité a été approuvé par les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé en 1971 et mis en place en 1972. L'Accord fixe les normes minimales relatives à l'admissibilité et à la transférabilité interprovinciales-territoriales des régimes d'assurance-santé. Les provinces et les territoires appliquent de leur plein gré les dispositions de l'Accord, facilitant ainsi la mobilité des Canadiens et leur accès aux services de santé partout au Canada. Les provinces et les territoires se réunissent périodiquement pour examiner et réviser l'Accord.
Admission	Acceptation officielle dans un établissement de santé d'une personne qui requiert, pour une période donnée, des services médicaux ou de santé et l'assignation d'un lit à cette personne.
Caisse supplémentaire d'assurance-santé (CSAS)	Caisse, administrée par la Division de la Loi canadienne sur la santé, qui aide les personnes qui ont perdu ou qui n'ont pu obtenir, sans qu'elles en soient responsables, la protection d'un régime d'assurance-santé provincial ou territorial pour les services de santé assurés en vertu de la <i>Loi canadienne sur la santé</i> . Cette caisse a été constituée pour la première fois en 1972, époque à laquelle la transférabilité des régimes d'assurance-santé entre les provinces variait et entraînait des divergences dans les règles d'admissibilité selon lesquelles un résident du Canada pouvait ne pas être admissible, de façon temporaire, à un régime d'assurance-santé d'une province ou d'un territoire à la suite d'un changement de province ou de statut d'admissibilité à des services de santé (p.ex. renvoi de la GRC ou des Forces canadiennes). L'adoption de la <i>Loi canadienne sur la santé</i> , en 1984, a mis un terme aux divergences entre les périodes d'admissibilité des provinces, source de la plupart des préoccupations et raison de l'établissement de la caisse. Le solde de la caisse est actuellement de 28 387 \$. Cinq demandes d'indemnisation ont été envoyées à la CSAS depuis 1986. Toutefois, aucune ne répondait aux conditions en matière de remboursement.

Terme	Explication
Chirurgie	Traitement des maladies, blessures et autres types d'affections par intervention manuelle ou instrumentale pour réparer, enlever ou remplacer un organe, un tissu ou une partie du corps, ou pour extraire des corps étrangers.
Entente de facturation réciproque des soins hospitaliers	Entente bilatérale conclue entre deux provinces, ou une province et un territoire, ou deux territoires qui permet le traitement réciproque de demandes de remboursement de la province ou du territoire pour des services hospitaliers offerts à des malades hospitalisés et externes. En vertu d'une telle entente, les services hospitaliers assurés sont payables aux taux approuvés de la province ou du territoire d'accueil ou comme il a été convenu par les parties en cause ou le Comité de coordination des ententes interprovinciales en assurance-santé (CCEIAS).
Entente de facturation réciproque des soins médicaux	Entente bilatérale conclue entre deux provinces, ou une province et un territoire, ou deux territoires qui autorise le traitement réciproque de demandes de remboursement pour des services médicaux reçus en dehors de la province ou du territoire d'origine et fournis par un médecin autorisé. Lorsqu'une telle entente existe, le service médical assuré est payable selon le taux approuvé par la province ou le territoire de résidence du patient.
Établissement de chirurgie externe	Établissement de soins de santé qui fournit à des malades externes des services de chirurgie de courte durée (chirurgie d'un jour).
Établissement de chirurgie privé	Établissement de soins de santé privé offrant des services de chirurgie.
Établissement de diagnostic privé	Établissement de soins de santé du secteur privé offrant des services de laboratoire et de radiologie, et d'autres services de diagnostic.
Établissement de soins actifs	Établissement de santé où sont fournis des soins ou des traitements aux patients souffrant d'une maladie aiguë ou dont l'état de santé est grave.
Établissement de soins de santé	Un établissement de soins de santé est un bâtiment ou groupe de bâtiments faisant partie d'une structure organisationnelle commune qui loge le personnel de la santé et de l'équipement médical pour la prestation de services de soins de santé (par ex., diagnostic, chirurgie, soins actifs, soins de longue durée, physiothérapie) à des malades externes ou hospitalisés faisant partie de l'ensemble de la population ou d'un groupe particulier de personnes ou de résidents.
Établissement de soins de santé privé (à but lucratif)	Établissement de soins de santé privé qui fournit des tests de laboratoire, des services de radiologie et d'autres techniques de diagnostic, et qui distribue des dividendes à ses propriétaires, actionnaires, exploitants ou membres, ou qui partage les profits avec eux.
Établissement de soins de santé privé (sans but lucratif)	Établissement de soins de santé privé qui fournit des tests de laboratoire, des services de radiologie et d'autres techniques de diagnostic, et qui est reconnu comme un organisme sans but lucratif en vertu des lois du gouvernement fédéral, ou du gouvernement provincial ou territorial où se situe l'établissement.
Établissement de soins de santé public	Établissement de soins de santé situé au Canada et administré par le secteur public, qui offre des services de santé assurés par le régime d'assurance-santé de la province ou le territoire à des malades externes ou hospitalisés.

Terme	Explication
Frais de fournitures médicales	Frais admis sous le régime d'assurance-santé d'une province ou d'un territoire pour des articles comme les tampons d'alcool, les instruments et les fils de sutures qui sont utilisés pour la prestation d'un service médical assuré.
Honoraires forfaitaires	Frais imposés par un médecin pour des services non couverts par le régime d'assurance-santé provincial ou territorial, tels les consultations téléphoniques, le renouvellement d'ordonnances par téléphone et la préparation de formulaires et de documents.
Imagerie diagnostique	Technique qui détecte ou détermine la présence de diverses maladies et (ou) diverses affections au moyen d'équipement d'imagerie médicale, dont les densitomètres pour la densité minérale de l'os, les mammographies, les appareils d'imagerie par résonance magnétique, le matériel de médecine nucléaire, les appareils à ultrasons, les tomodensitomètres, les appareils de radiographie et les fluoroscopes.
Inscription familiale	Méthode d'inscription à un régime d'assurance-santé fondée sur l'appartenance à une unité familiale.
Malade externe	Personne admise dans un hôpital, une clinique ou un autre établissement de santé pour un traitement qui ne requiert pas un séjour d'une nuit.
Malade hospitalisé	Un malade hospitalisé est une personne admise dans un hôpital, une clinique ou un autre établissement de soins de santé pour un traitement qui nécessite l'hospitalisation pour au moins une nuit.
Médecin ayant opté pour le retrait du régime d'assurance-santé	Médecin ayant opté pour le retrait du régime d'assurance-santé de sa province ou territoire, de sorte qu'il facture ses patients directement selon le taux provincial ou territorial. Conformément à l'entente touchant le barème d'honoraires, le régime provincial ou territorial rembourse les patients des médecins ayant opté pour le retrait du régime jusqu'à concurrence du montant prévu par le régime pour les services rendus.
Médecin participant	Médecin autorisé qui est inscrit à un régime provincial ou territorial d'assurance-santé.
Médecin non participant	Médecin oeuvrant tout à fait indépendamment du régime d'assurance-santé provincial ou territorial. Dans ce cas, ni le médecin ni le patient ne sont admissibles, en vertu du régime d'assurance-santé provincial ou territorial, à une couverture pour les services rendus ou reçus. Un médecin non participant peut donc fixer ses propres honoraires, lesquels sont payés directement par le patient.
Omnipraticien	Un omnipraticien est un médecin autorisé qui exerce la médecine à l'échelle communautaire dans une province ou un territoire et qui renvoie les patients à des spécialistes lorsque le diagnostic posé le justifie. Les omnipraticiens peuvent entre autres offrir les services suivants : consultation, diagnostic, référence, conseils sur les soins de santé et la prévention des maladies, chirurgies mineures et prescription de médicaments.
Produits et services médicaux améliorés	Produits ou services médicaux fournis de pair avec des services assurés. Il s'agit habituellement d'un service ou d'un produit de qualité supérieure qui n'est pas médicalement nécessaire et qui est offert à un patient qui en fait le choix à cause d'une préférence personnelle ou de la commodité du produit.

Terme	Explication
Rémunération à l'acte	Mode de paiement utilisé par les médecins et reposant sur un barème d'honoraires qui précise le coût de chaque service.
Services médicalement nécessaires	En vertu de la <i>Loi canadienne sur la santé</i> , les régimes provinciaux et territoriaux d'assurance santé doivent fournir tous les services de santé assurés selon les modalités uniformes, si ces services sont médicalement nécessaires pour le maintien de la santé de leurs résidents. La <i>Loi</i> ne définit pas les services médicalement nécessaires. Les régimes provinciaux et territoriaux d'assurance santé, en concertation avec les professionnels de la santé, sont entièrement responsables de déterminer quels sont les services médicalement nécessaires pour le maintien de la santé. Si la province ou le territoire détermine qu'un service est médicalement nécessaire, le coût du service doit en être entièrement défrayé par le régime d'assurance-santé publique pour être conforme aux fins de l'application de la <i>Loi</i> . Si un service n'est pas considéré médicalement nécessaire, alors la province ou le territoire n'est pas dans l'obligation d'en défrayer les coûts selon les critères de la <i>Loi</i> .
Soins actifs	Ces soins comprennent les services de santé offerts aux personnes souffrant d'une maladie grave et soudaine, et qui doivent recevoir des soins infirmiers professionnels et être sous observation professionnelle de manière continue. Parmi les exemples de soins actifs, on compte l'observation postopératoire dans une unité de soins intensifs, et les services de soins et d'observation pendant l'attente d'une chirurgie d'urgence.
Soins de réadaptation	Ces soins comprennent les services de santé offerts aux personnes ayant besoin d'une aide professionnelle pour restaurer des habiletés physiques et fonctionnelles à la suite d'une maladie ou d'une blessure. Mentionnons à titre d'exemple la thérapie dont a besoin une personne qui se remet d'un accident cérébrovasculaire (par ex., physiothérapie et orthophonie).
Spécialiste	Un spécialiste est un médecin autorisé exerçant la médecine dans une province ou un territoire et dont la tâche principale consiste à poser des diagnostics spécialisés et à offrir des traitements spécialisés. Parmi les spécialités on compte, entre autres, l'anesthésie, la dermatologie, la chirurgie générale, la gynécologie, la médecine interne, la neurologie, la neuropathologie, l'ophtalmologie, la pédiatrie, la chirurgie plastique, la radiologie et l'urologie.
Tiers-payeurs	Organismes tels que les commissions d'indemnisation des accidentés du travail, les compagnies d'assurance-santé privées, les régimes d'assurance-santé d'un employeur ou d'autres entités qui remboursent des services de santé assurés à leurs clients ou à leurs employés.

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) 729-4984
www.gov.nl.ca/health

Île-du-Prince-Édouard

Ministère de la Santé
B.P. 2000
Charlottetown (Île-du-Prince-Édouard) C1A 7N8
(902) 368-6130
www.gov.pe.ca

Nouvelle-Écosse

Ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse
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

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.gov.on.ca/health

Manitoba

Ministère de la Santé du Manitoba
300, rue Carlton
Winnipeg (Manitoba) R3B 3M9
1-800-392-1207
www.gov.mb.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.gov.ab.ca/

Colombie-Britannique

Ministère des services de santé
1515, rue Blanchard
Victoria (Colombie-Britannique) V8W 3C8
1-800-465-4911
www.gov.bc.ca/health

Yukon

Health and Social Services
204 Lambert Street, 4th Floor
Financial Plaza
Whitehorse, YT Y1A 2C6
1-867-667-3096
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/hss.htm