



LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ

RAPPORT ANNUEL 2018–2019

Gestion publique | Intégralité | Universalité | Transférabilité | Accessibilité



Santé
Canada

Health
Canada

Canada

Santé Canada est le ministère fédéral responsable d'aider les Canadiennes et les Canadiens à maintenir et à améliorer leur état de santé. Santé Canada s'est engagé à améliorer la vie de tous les Canadiens et à faire du Canada l'un des pays où les gens sont le plus en santé au monde, comme en témoignent la longévité, les habitudes de vie et l'utilisation efficace du système public de soins de santé.

Also available in English under the title:
Canada Health Act Annual Report 2018–2019

Pour obtenir plus d'information, veuillez communiquer avec :

Santé Canada
Indice de l'adresse 0900C2
Ottawa (Ontario) K1A 0K9
Tél. : 613-957-2991
Sans frais : 1-866-225-0709
Télec. : 613-941-5366
ATS : 1-800-465-7735
Courriel : hc.publications-publications.sc@canada.ca

Sa Majesté la Reine du chef du Canada, représentée par la ministre de la Santé, 2020

Date de publication : février 2020

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

IMPRIMÉ Cat. : H1-4F
ISSN : 1702-0891

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

Pub. : 190217

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	1
MESSAGE DE LA MINISTRE	2
CHAPITRE 1 APERÇU DE LA LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ	5
CHAPITRE 2 APPLICATION ET CONFORMITÉ	19
CHAPITRE 3 LES RÉGIMES D'ASSURANCE-SANTÉ PROVINCIAUX ET TERRITORIAUX EN 2018-2019.....	33
Terre-Neuve-et-Labrador.....	36
Île-du-Prince-Édouard.....	53
Nouvelle-Écosse	66
Nouveau-Brunswick.....	83
Québec.....	99
Ontario	112
Manitoba	137
Saskatchewan.....	155
Alberta	173
Colombie-Britannique	190
Yukon.....	212
Territoires du Nord-Ouest.....	228
Nunavut	241
ANNEXE A LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ ET RÈGLEMENT CONCERNANT LES RENSEIGNEMENTS SUR LA SURFACTURATION ET LES FRAIS MODÉRATEURS ..	257
ANNEXE B LETTRES D'INTERPRÉTATION DES POLITIQUES.....	283
ANNEXE C PROCESSUS DE PRÉVENTION ET DE RÈGLEMENT DES DIFFÉRENDS LIÉS À LA LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ	301
ANNEXE D ÉTAT FINANCIER DES MONTANTS ACTUELS DE SURFACTURATION ET DE FRAIS MODÉRATEURS POUR LA PÉRIODE DU 1 ^{ER} AVRIL 2016 AU 31 MARS 2017.....	307
ANNEXE E PLANS D'ACTION ET RAPPORTS D'ÉTAPE EN MATIÈRE DE REMBOURSEMENT	337
COORDONNÉES.....	351

REMERCIEMENTS

Santé Canada tient à souligner le travail effectué et les efforts déployés afin de produire ce rapport annuel. C'est grâce à la motivation et à la volonté des ministères de la Santé suivants et de leur personnel de le faire aboutir en temps utile que nous sommes en mesure de vous présenter ce rapport sur la mise en application de la *Loi canadienne sur la santé*.

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

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

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

Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Ministère de la Santé de l'Ontario

Ministère de la Santé, des Aînés et de la Vie active du Manitoba

Ministère de la Santé de la Saskatchewan

Ministère de la Santé de l'Alberta

Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique

Ministère de la Santé et des Affaires sociales du Yukon

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

Ministère de la Santé du Nunavut

Nous tenons également à souligner le travail accompli par notre équipe de production, notamment les opérateurs en éditique, les traducteurs, les spécialistes en révision et en concordance, les imprimeurs et le personnel de Santé Canada.



J'ai l'honneur de présenter au Parlement et aux Canadiens le Rapport annuel 2018-2019 sur l'application de la Loi canadienne sur la santé, le premier depuis ma nomination à titre de ministre de la Santé.

Comme indiqué dans ma lettre de mandat, l'une des principales responsabilités se rattachant à mes nouvelles fonctions consiste à faire respecter la *Loi canadienne sur la santé*, qui garantit à tous les Canadiens un accès équitable aux services de santé en fonction de leurs besoins plutôt que de leur capacité ou de leur volonté de payer. Mon parcours tant personnel que professionnel, de la gestion d'un refuge pour sans-abri à la protection des droits des femmes et des enfants, en passant par la lutte contre le harcèlement en milieu de travail, a été fondé sur la volonté d'améliorer la

qualité de vie de tous les citoyens et de défendre en particulier ceux qui risquent le plus d'être laissés pour compte. Les valeurs qui ont sous-tendu mon travail sont celles-là mêmes qui constituent le fondement de la *Loi canadienne sur la santé*, à savoir l'équité, la justice et la solidarité.

Ce sont ces valeurs qui se trouvent directement menacées par une contestation fondée sur la Charte en Colombie-Britannique dans l'affaire *Cambie Surgies Corporation c. Attorney General of British Columbia*. Bien qu'il s'agisse de dispositions précises de la Medicare Protection Act de la Colombie-Britannique qui se trouvent ici contestées, et non pas la *Loi canadienne sur la santé* elle-même, ces dispositions s'inspirent des principes de la *Loi canadienne sur la santé* alors qu'elles visent à décourager la mise en place d'un système de santé à deux vitesses. C'est pour cette raison que notre gouvernement a choisi de prendre part à la procédure et d'appuyer la Colombie-Britannique dans sa défense de l'accès universel aux soins de santé.

En imposant des frais aux patients au lieu où les soins se trouvent prodigués pour des services médicalement nécessaires, on sape ainsi le principe même selon lequel l'accès aux soins de santé devrait être fondé sur les besoins médicaux plutôt que sur la capacité ou la volonté de payer. Avec pour conséquences d'augmenter les coûts globaux du système, de réduire l'engagement public en faveur d'une couverture universelle et, en définitive, de porter atteinte à l'équité. De fait, c'est précisément ce type de pratique qui a conduit à l'adoption de la *Loi canadienne sur la santé* en 1984. Je peux vous assurer que je ferai tout en mon pouvoir pour protéger et défendre la Loi afin de maintenir un accès aux soins fondé sur les besoins relatifs en matière de santé.

Au cours des dernières années, des progrès importants ont été réalisés dans l'élimination des frais imposés aux patients, qui créent des obstacles à l'accès aux soins. Cependant, il reste encore beaucoup à faire. Je me réjouis à la perspective de collaborer avec les provinces et les territoires à la mise en œuvre de la Politique des services diagnostiques, qui fera en sorte que les patients ne se verront pas imposer de frais pour des services diagnostiques médicalement nécessaires, tels que l'examen par IRM et le tomodensitogramme, lorsque ces services sont fournis dans des cliniques privées. Cette politique entrera en vigueur le 1^{er} avril 2020, date à partir de laquelle tous frais imposés aux patients pour ces services contreviendront à la *Loi canadienne sur la santé* et entraîneront des pénalités obligatoires. Les provinces et territoires qui autorisent actuellement l'imposition de tels frais ont jusqu'au 1^{er} avril 2020 pour mettre en œuvre de nouvelles politiques et pratiques, sous peine de se voir imposer des pénalités obligatoires sous forme de déductions au titre du Transfert canadien en matière de santé.

Je m'engage également à éliminer les obstacles persistants qui entravent l'accès aux services d'avortement dans l'ensemble du pays. Alors qu'au Canada, les femmes ont le droit à la liberté de choix en matière de procréation, les services d'avortement devraient être facilement accessibles à celles d'entre elles qui décident d'y recourir. Bien que ces services soient assurés dans toutes les provinces et tous les territoires, l'accès varie d'une province ou d'un territoire à l'autre. Dans ma lettre de mandat, le Premier ministre m'a chargée de veiller à ce que les Canadiens puissent avoir accès pleinement aux services d'avortement médical et chirurgical à travers tout le pays.

La valeur fondamentale de l'accès équitable aux soins de santé demeure une source de fierté pour les Canadiens qui, à juste titre, s'attendent à ce que la seule carte vraiment utile pour obtenir des soins médicalement nécessaires soit leur carte d'assurance-santé plutôt que leur carte de crédit. Et c'est une valeur qui mérite d'être défendue.

— *L'honorable Patty Hajdu, ministre de la Santé*

CHAPITRE 1

APERÇU DE LA LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ

Le présent chapitre porte sur l'évolution du régime d'assurance-santé au Canada et sur la *Loi canadienne sur la santé* ainsi que les termes clés, les exigences, les règlements et les dispositions relatives aux pénalités s'y rapportant, de même que les personnes et services exclus. On y trouve également les lettres des anciens ministres fédéraux de la Santé transmis à leurs homologues provinciaux et territoriaux, après des mois de consultation, notamment :

- › celle de l'honorable Jake Epp fournissant des conseils sur l'interprétation et l'application de la Loi;
- › celle de l'honorable Diane Marleau annonçant la politique fédérale sur les cliniques privées;
- › celle de l'honorable A. Anne McLellan décrivant le processus de prévention et de règlement des différends en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*;
- › celle de l'honorable Ginette Petitpas Taylor officialisant les trois nouvelles initiatives de la *Loi canadienne sur la santé*, soit la Politique des services diagnostiques, la Politique de remboursement et le renforcement de la déclaration des renseignements.

L'ÉVOLUTION DE L'ASSURANCE-SANTÉ AU CANADA

Le régime public d'assurance-santé à payeur unique du Canada, le régime d'assurance de soins médicaux, est financé par un régime fiscal progressif qui permet de mettre les risques en commun et de partager les coûts avec tous les Canadiens. Notre système d'assurance-santé a pris sa forme actuelle en plus de six décennies. La Saskatchewan a été la première province à établir une assurance-hospitalisation universelle et publique en 1947 et, dix ans plus tard, le gouvernement du Canada a adopté la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques* (1957), afin d'encourager les provinces et les territoires à offrir une couverture universelle pour ces services en partageant leurs coûts. Son adoption unanime par le Parlement fédéral a lancé le plus important programme jamais entrepris en temps de paix au Canada et, en 1961, toutes les provinces et tous les territoires avaient des régimes d'assurance publique qui assuraient un accès universel aux services hospitaliers. La Saskatchewan a une fois de plus fait œuvre de pionnier en offrant une assurance pour les services médicaux, à compter de 1962. Le gouvernement du Canada a promulgué la *Loi sur les soins médicaux* en 1966 afin d'encourager les provinces et les territoires à assurer une couverture universelle des services médicaux assurés en partageant leurs coûts. En 1972, tous les régimes provinciaux et territoriaux avaient été élargis pour inclure les services médicaux.

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

« La pratique de la surfacturation est inéquitable. Non seulement les pauvres n'y ont pas accès, mais les malades qui... payent déjà la majeure partie du coût du système par le biais de leurs impôts sont imposés. »

Le programme de santé national et provincial du Canada pour les années 1980 : un engagement au renouveau, 29 août 1980, page 26

Adoptée à l'unanimité par le Parlement en 1984, la *Loi canadienne sur la santé*, la loi fédérale canadienne sur l'assurance-santé, a codifié les principes nationaux qui sous-tendent le financement fédéral des services hospitaliers et médicaux et a ajouté des interdictions concernant les frais imposés aux patients qui menacent de compromettre l'accès universel aux soins.

Au Canada, les rôles et les responsabilités du système de soins de santé sont partagés entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux. Les gouvernements provinciaux et territoriaux sont les premiers responsables de l'administration et de la prestation des soins de santé. Cela comprend l'établissement de leurs propres priorités, l'administration de leurs budgets de soins de

santé et la gestion de leurs propres ressources. Le gouvernement fédéral, en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*, définit les principes nationaux qui doivent sous-tendre les régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux.

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

Au cours de l'exercice 2018–2019, le transfert du TCS s'est élevé à 38 584 000 \$. Pour plus de renseignements sur les modes de financement fédéraux, provinciaux et territoriaux, veuillez consulter le site Web du ministère des Finances à l'adresse suivante : www.fin.gc.ca/access/fedprov-fra.asp

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

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

L'objectif de la Loi est de faire en sorte que tous les résidents admissibles des provinces et des territoires du Canada aient un accès satisfaisant aux services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire médicalement nécessaires qui nécessitent un milieu hospitalier payé d'avance, sans frais liés à la prestation des services de santé assurés. Une copie de la loi est fournie à l'annexe A.

TERMES CLÉS TELS QUE DÉFINIS PAR LA LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ

Les **services de santé assurés** sont des services hospitaliers, médicaux et chirurgico-dentaires médicalement nécessaires (fournis par un dentiste dans un hôpital, lorsqu'un hôpital est requis pour le bon déroulement des procédures) fournis aux personnes assurées.

Les **services complémentaires de santé** sont certains aspects des soins de longue durée en établissement (soins intermédiaires en maisons de repos et soins en établissement pour adultes) et les aspects sanitaires des soins à domicile et des soins ambulatoires.

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

Les **services médicaux assurés** sont les « services médicalement nécessaires fournis par des médecins ». Les services médicaux nécessaires sont généralement déterminés par le régime d'assurance-santé provincial ou territorial, de concert avec la profession médicale.

Les **services de chirurgie dentaire assurés** sont les services fournis par un dentiste dans un hôpital, où un milieu hospitalier est requis pour le bon déroulement de l'intervention.

« Grâce à l'assurance-santé, personne n'a à s'inquiéter d'un fardeau financier découlant d'une maladie imprévue. Comme l'assurance-maladie est un programme collectif, tous les Canadiens partagent le coût des soins médicaux qu'ils ne pourraient pas payer individuellement. Leurs impôts fournissent des paiements anticipés pour le coût des services de santé assurés dont ils auront éventuellement besoin. Ce programme ne s'adresse pas seulement aux jeunes, aux riches et aux personnes en santé. Il est également conçu pour aider les pauvres, les personnes âgées et les malades chroniques. Ce dernier groupe est le plus touché par l'imposition de frais directs. »

11 avril 1984, débat sur l'adoption de la Loi canadienne sur la santé, déclaration du sénateur Jacques Hébert

LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ



EXIGENCES DE LA LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ

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

Elles consistent en :

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

LES CRITÈRES



1. Gestion publique (article 8)

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

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



2. Intégralité (article 9)

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



3. Universalité (article 10)

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



4. Transférabilité (article 11)

Les résidents qui déménagent d'une province ou d'un territoire à l'autre doivent continuer à recevoir une couverture pour les services de soins de santé assurés par leur province ou leur territoire « d'origine » pendant le délai de carence imposé (maximum de trois mois), par la nouvelle province ou le nouveau territoire de résidence, avant que la couverture soit établie dans la nouvelle province ou le nouveau territoire. Il incombe aux résidents de signaler leur départ au régime d'assurance-santé de leur province ou de leur territoire et de s'inscrire au régime d'assurance-santé de leur nouvelle province ou de leur nouveau territoire, afin d'éviter toute interruption de couverture.

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

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

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



5. Accessibilité (article 12)

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

Aux fins de la *Loi canadienne sur la santé*, l'accès satisfaisant sur le plan de la disponibilité physique des services médicalement nécessaires a été interprété selon le principe « du lieu où les services sont offerts et de leur disponibilité ». Ainsi, les résidents d'une province ou d'un territoire ont droit à un accès aux services de soins de santé assurés « là » où les services sont offerts et suivant la « disponibilité » de ces services, selon des modalités uniformes. Par exemple, si un hôpital d'une région d'une province fournissait des services très spécialisés, cela ne signifierait pas que tous les hôpitaux de la province seraient tenus de fournir le même service. Cela signifie plutôt que tous les résidents de la province devraient avoir accès au service où qu'il soit offert, sur la même base.

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

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

LES CONDITIONS



1. Renseignements [alinéa 13a)]

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



2. Reconnaissance [alinéa 13b)]

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



LES DISPOSITIONS – SURFACTURATION ET FRAIS MODÉRATEURS

Les dispositions de la *Loi canadienne sur la santé* quant à la surfacturation et à l'imposition de frais modérateurs pour les services de soins de santé assurés dans une province ou un territoire sont énoncées aux articles 18 à 21 de la Loi. S'il est confirmé qu'il existe de la surfacturation ou des frais modérateurs dans une province ou un territoire, une déduction à raison d'un dollar pour un dollar à même le Transfert fédéral en matière de santé (actuellement, le Transfert canadien en matière de santé [TCS] destiné à cette province ou à ce territoire est exigée en vertu de la Loi.

SURFACTURATION (ARTICLE 18)

En vertu de la Loi, la surfacturation est la facturation est définie comme les frais qu'un médecin ou qu'un dentiste inscrit (c'est-à-dire un dentiste qui fournit des services de chirurgie dentaire assurés en milieu hospitalier) impose à une personne assurée pour un service assuré, en plus du montant payé par le régime provincial ou territorial d'assurance-santé. Par exemple, si un médecin inscrit devait facturer à un patient un montant quelconque pour une consultation en cabinet déjà couverte par le régime d'assurance-santé provincial ou territorial le montant facturé constituerait une surfacturation. Étant considérée comme un obstacle ou une entrave pour les personnes qui ont besoin de soins médicaux, la surfacturation contrevient donc également au critère d'accessibilité.

FRAIS MODÉRATEURS (ARTICLE 19)

Les frais modérateurs sont définis comme tous frais pour un service de soins de santé assuré, à l'exception des frais imposés par surfacturation. Cela comprend tous les frais imposés pour des services hospitaliers assurés ou des services non liés à un médecin fournis conjointement avec un service médical assuré dans un établissement non hospitalier (p. ex. une clinique privée ou

QU'EST-CE QUE DES FRAIS IMPOSÉS AUX PATIENTS?



SI UN MÉDECIN OU UN DENTISTE INSCRIT...



IMPOSE DES FRAIS À UN RÉSIDENT ASSURÉ...



POUR UN SERVICE ASSURÉ...



EN PLUS DU MONTANT PAYÉ PAR LE RÉGIME D'ASSURANCE-SANTÉ PROVINCIAL OU TERRITORIAL..., **C'EST DE LA SURFACTURATION.**

TOUS AUTRES FRAIS IMPOSÉS (P. EX. POUR DES FOURNITURES MÉDICALES) LIÉS À LA PRESTATION DE SERVICES DE SANTÉ ASSURÉS...

SONT DES FRAIS MODÉRATEURS.

un cabinet privé). En d'autres termes, si les patients devaient payer des frais pour recevoir des services de soins de santé assurés, ces frais seraient considérés comme des frais modérateurs. Les frais modérateurs ne sont pas permis par la Loi et, comme la surfacturation, ils constituent un obstacle ou une entrave à l'accès.

AUTRES ÉLÉMENTS DE LA LOI

RÈGLEMENTS (ARTICLE 22)

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

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

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

PÉNALITÉS PRÉVUES PAR LA LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ

PÉNALITÉS OBLIGATOIRES

En vertu de la Loi, les provinces et les territoires qui autorisent la surfacturation et les frais modérateurs s'exposent à une déduction obligatoire d'un montant équivalent à leurs paiements de transfert fédéraux au titre du TCS. Par exemple, si une surfacturation de la part de médecins d'un certain montant a été observée dans une province ou un territoire, la contribution pécuniaire fédérale destinée à cette province ou à ce territoire sera réduite du même montant. Bien que les déductions soient habituellement fondées sur les renseignements fournis par la province ou le territoire, conformément au *Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs*, Santé Canada fera une estimation du montant de la surfacturation et des frais modérateurs lorsque les renseignements ne sont pas fournis. Ce processus nécessite la consultation de la province ou du territoire concerné. Des déductions fondées sur des estimations ont été effectuées à de nombreuses reprises.

PÉNALITÉS DISCRÉTIONNAIRES

Les provinces ou les territoires qui ne satisfont pas aux deux conditions et aux cinq critères énoncés dans la *Loi canadienne sur la santé* s'exposent à une pénalité discrétionnaire. Le montant de toute déduction des paiements au titre du TCS est établi en fonction de l'ampleur de la non-conformité et est approuvé par le Cabinet.

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

PERSONNES ET SERVICES EXCLUS

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

SERVICES EXCLUS

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

La définition de « services de santé assurés » exclut les services fournis aux personnes en vertu d'une autre loi fédérale (p. ex. certains services offerts aux anciens combattants) ou en vertu des lois provinciales ou territoriales sur les accidents du travail.

En plus des services médicaux et hospitaliers médicalement nécessaires couverts par la *Loi canadienne sur la santé*, les provinces et les territoires fournissent également une gamme d'autres programmes et services, comme la couverture des médicaments sur ordonnance, les soins dentaires non chirurgicaux, les services ambulanciers et les services optométriques, à leur discrétion et selon leurs propres termes et conditions. Les services supplémentaires peuvent comprendre des services d'assurance-médicaments, des services d'ambulance et des services d'optométrie. Ces services s'adressent souvent à souvent des groupes particuliers de la population (p. ex. les aînés, les enfants ou les bénéficiaires de l'aide sociale) et les niveaux de financement et la portée de la couverture varient d'une province ou d'un territoire à l'autre.

PERSONNES EXCLUES

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

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

LETTRES SUR L'INTERPRÉTATION DES POLITIQUES

Trois principaux énoncés de politique clarifient la position du gouvernement fédéral à l'égard de la *Loi canadienne sur la santé*. Ces énoncés ont été présentés sous forme de lettres d'anciens ministres de la Santé à leurs homologues provinciaux et territoriaux. Ces trois lettres sont reproduites à l'annexe B du présent rapport.

LETTRE EPP

En juin 1985, environ un an après l'adoption de la *Loi canadienne sur la santé* par le Parlement, le ministre fédéral de la Santé d'alors, Jake Epp, écrivait à ses homologues provinciaux et territoriaux afin de leur exposer et de confirmer la position fédérale sur l'interprétation et la mise en œuvre de la Loi. La lettre renferme les énoncés des intentions stratégiques fédérales qui clarifient les critères, les conditions et les dispositions réglementaires de la Loi. La lettre soulignait le changement fondamental signifié par la Loi canadienne sur la santé, à savoir l'interdiction de tous les frais exigés des patients pour les services assurés fournis aux résidents assurés. La lettre Epp demeure une référence dans l'évaluation et l'interprétation de la conformité à la Loi.

LETTRE MARLEAU – POLITIQUE FÉDÉRALE SUR LES CLINIQUES PRIVÉES

De février à décembre 1994, une série de sept réunions fédérales, provinciales et territoriales ont eu lieu portant en tout ou en partie sur les cliniques privées. Il était question de la multiplication de cliniques privées qui fournissent des services médicalement nécessaires financés en partie par le système public et en partie par les patients et de leur impact sur le système canadien de soins de santé universel financé par l'État.

Lors de la réunion fédérale, provinciale et territoriale des ministres de la Santé tenue à Halifax en septembre 1994, tous les ministres présents, sauf la ministre de l'Alberta, ont convenu « de prendre toutes les mesures qui s'imposent pour réglementer l'établissement des cliniques privées au Canada ».

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

LETTRE PETITPAS TAYLOR

Le 8 août 2018, l'ancienne ministre fédérale de la Santé Ginette Petitspas Taylor a écrit à ses homologues provinciaux et territoriaux afin d'officialiser les trois nouvelles initiatives de la Loi canadienne sur la santé : la Politique des services diagnostiques, la Politique de remboursement et le renforcement de la déclaration des renseignements de la *Loi canadienne sur la santé*. Ces initiatives ont fait l'objet de discussion à l'échelon des représentants fédéraux, provinciaux et territoriaux et des modifications ont été apportées aux exigences de ces initiatives en fonction des commentaires reçus des provinces et des territoires.

Politique des services diagnostiques

La Politique des services diagnostiques entrera en vigueur à compter du 1^{er} avril 2020. Cette politique régularise l'application de la Loi canadienne sur la santé sur les services diagnostiques. Elle confirme la position de longue date du gouvernement fédéral à l'effet que les services diagnostiques médicalement nécessaires sont des services assurés, peu importe l'endroit où les services sont fournis.

Politique de remboursement

Si une province ou un territoire fait l'objet d'une déduction, la ministre fédérale de la Santé a le pouvoir discrétionnaire d'accorder un remboursement si la province ou le territoire élimine les frais imposés au patient qui ont donné lieu à la déduction dans un délai donné. Les premières déductions admissibles à un remboursement en vertu de la Politique sont celles effectuées en mars 2018.

À compter de ce rapport, les états financiers annuels sur la surfacturation et les frais modérateurs des provinces et des territoires sont publiés dans le Rapport annuel sur l'application de la Loi canadienne sur la santé. Ceux-ci figurent à l'annexe D.

Renforcement de la déclaration des renseignements de la Loi canadienne sur la santé

L'objectif du renforcement des rapports sur l'application de la *Loi canadienne sur la santé* est de faire en sorte que Santé Canada dispose de l'information nécessaire pour évaluer avec exactitude la conformité à la Loi, ainsi que pour accroître la transparence pour le Parlement et les Canadiens en ce qui concerne l'application de la Loi et l'état du régime public de la santé.

PROCESSUS DE PRÉVENTION ET DE RÈGLEMENT DES DIFFÉRENDS

En avril 2002, dans une lettre adressée à ses homologues provinciaux et territoriaux, l'ancienne ministre fédérale de la Santé, A. Anne McLellan, décrivait un processus de prévention et de règlement des différends en vertu de la *Loi canadienne sur la santé* dont avait convenu l'ensemble des provinces et des territoires, à l'exception du Québec. Le processus répond au souhait des gouvernements fédéral, des provinces et des territoires d'éviter les différends liés à l'interprétation des principes de la Loi et, lorsque cela n'est pas possible, de régler les différends de façon rapide, équitable et transparente.

Le processus comprend les activités de prévention des différends liées par l'échange de renseignements entre les gouvernements; la discussion et la clarification des questions au fur et à mesure qu'elles se posent; la participation active des gouvernements aux comités spéciaux fédéraux, provinciaux et territoriaux chargés des questions liées à la Loi; les évaluations préalables, sur demande des politiques, règlements et lois proposés par les provinces et les territoires en vertu de la Loi canadienne sur la santé.

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

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

La lettre de la ministre McLellan est reproduite à l'Annexe C.

CHAPITRE 2

APPLICATION ET CONFORMITÉ

APPLICATION

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

LA DIVISION DE LA LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ

La Division de la Loi canadienne sur la santé de Santé Canada est responsable de soutenir le ministre dans la mise en application de la *Loi canadienne sur la santé*. Les fonctionnaires de la Division s'acquittent de ces fonctions permanentes :

- › surveiller et analyser les régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux pour en vérifier la conformité aux critères et aux conditions de la Loi, ainsi qu'à ses dispositions concernant la surfacturation et les frais modérateurs;
- › demander aux ministères de la Santé provinciaux et territoriaux d'enquêter et de fournir des renseignements et des éclaircissements lorsque d'éventuels problèmes de conformité surviennent et, au besoin, leur recommander des mesures correctives afin d'assurer le respect des critères et des conditions de la Loi relatives à la surfacturation et aux frais modérateurs;
- › procéder à l'analyse des enjeux et mener des recherches en matière de politiques en vue de fournir des conseils stratégiques;
- › informer le ministre fédéral de la Santé (le ministre) en cas d'éventuels manquements à la Loi et recommander les mesures appropriées pour y remédier;
- › diffuser des renseignements à propos de la Loi et de sa mise en application;
- › répondre aux demandes de renseignements concernant la Loi et aux questions relatives à l'assurance-santé reçues par téléphone, par courrier ou par Internet de la part du public, de députés, de ministères fédéraux, d'autres gouvernements, d'organismes intéressés ou de médias;
- › établir et maintenir des relations avec les responsables de la santé des gouvernements provinciaux et territoriaux pour favoriser l'échange de renseignements;
- › collaborer avec les représentants des ministères de la Santé provinciaux et territoriaux par l'entremise du Comité de coordination des ententes interprovinciales en assurance-santé;
- › travailler de concert avec les services juridiques de Santé Canada et de Justice Canada sur les questions de litiges qui font entrer en jeu la Loi;
- › produire le Rapport annuel sur la mise en application de la Loi canadienne sur la santé.

CONFORMITÉ À LA LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ

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

Le personnel de la Division de la Loi canadienne sur la santé évalue les sujets de préoccupation et les plaintes au cas par cas. Ce processus d'évaluation comprend la compilation de l'ensemble des faits et des renseignements liés à la question et la prise de mesures appropriées. La vérification des faits auprès des fonctionnaires provinciaux et territoriaux du secteur de la santé révèle parfois des questions qui ne sont pas directement liées à la Loi, tandis que d'autres peuvent avoir trait à la Loi mais sont le résultat d'un malentendu ou d'une mauvaise communication, comme l'admissibilité à la couverture d'assurance médicale et la transférabilité de cette couverture à l'intérieur et à l'extérieur du Canada. Dans la majorité de ces cas, les questions sont résolues rapidement avec l'aide de la province ou du territoire concerné.

Lorsqu'une question concernant la *Loi canadienne sur la santé* est soulevée mais non résolue après les demandes initiales à cet égard, les fonctionnaires de la Division demandent à la province ou au territoire visé d'enquêter et de faire part de ses conclusions. Le personnel de la Division discute de la question et des solutions possibles avec les fonctionnaires provinciaux ou territoriaux. Seules les questions qui n'ont pu être réglées à la satisfaction de la Division selon cette procédure sont portées à l'attention du ministre fédéral de la Santé.

DÉDUCTIONS ET REMBOURSEMENTS EN VERTU DE LA LOI

Pour la plupart, les régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux satisfont aux critères et aux conditions de la *Loi canadienne sur la santé*. Toutefois, certaines questions et préoccupations demeurent. Les plus importantes ont trait aux enjeux d'accessibilité, et plus particulièrement aux frais imposés aux patients dans des cliniques privées pour obtenir des services de santé médicalement nécessaires. Le critère de transférabilité soulève également des préoccupations.



TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR

En s'appuyant sur le rapport présenté à Santé Canada par le ministère de la Santé de la province, une déduction de 1 349 \$ a été effectuée sur les versements de mars 2019 au titre du Transfert canadien en matière de santé (TCS) à l'intention de Terre-Neuve-et-Labrador à l'égard des frais modérateurs imposés pour des services de santé assurés fournis par un médecin inscrit dans une clinique d'ophtalmologie privée au cours de l'exercice 2016–2017. Par la suite, la province a collaboré avec Santé Canada à l'élaboration d'un plan d'action sur le remboursement convenu d'un commun accord afin d'éliminer ces frais imposés aux patients. En vertu de la politique de remboursement, décrite précédemment dans le présent rapport, si la province met en œuvre ce plan à la satisfaction de Santé Canada et réussit à éliminer les frais imposés aux patients, elle sera admissible à un remboursement de la déduction de mars 2019. Une copie du plan d'action de Terre-Neuve-et-Labrador en matière de remboursement ainsi que la mise à jour de janvier 2020 sur la mise en œuvre de ce dernier figurent à l'annexe E du présent rapport.



QUÉBEC

En s'appuyant sur les montants des frais imposés aux patients, confirmés par le ministère du Québec pour la période visée, une déduction de 8 256 024 \$ a été effectuée sur les versements de mars 2019 au titre du TCS à l'intention du Québec. Comme la province avait déjà pris des mesures pour éliminer ces frais en 2017, Santé Canada a immédiatement remboursé le même montant au Québec, en vertu de la politique de remboursement.



COLOMBIE-BRITANNIQUE

À la suite de la vérification de certaines cliniques privées effectuée par le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique dans le cadre d'une entente de 2017 avec Santé Canada, la province a présenté à Santé Canada un état financier indiquant une surfacturation et des frais modérateurs de 16 177 259 \$ pour la période visée. Cette somme était fondée sur les plaintes de patients, les résultats de la vérification effectuée et les preuves publiquement accessibles établissant des frais de 4,7 millions de dollars qui ont été facturés au Cambie Surgery Centre à des résidents assurés par des médecins inscrits au Régime. Une déduction du même montant a été effectuée sur les versements de mars 2019 au titre du TCS à l'intention de la Colombie-Britannique.

La Colombie-Britannique poursuit sa collaboration avec Santé Canada en vue de la mise en œuvre d'un plan d'action en matière de remboursement afin déliminer ces frais imposés aux patients. Ce plan se trouve reproduit à l'Annexe du présent rapport. Au moment de la publication du présent rapport, la mise à jour de la situation de la Colombie-Britannique concernant son plan n'était pas disponible. Lorsque ce sera le cas, elle pourra être consultée à l'adresse suivante : www.canada.ca/fr/sante-canada/services/publications/systeme-et-services-sante/loi-canadienne-sur-la-sante-rapport-annuel-2018-2019/mise-a-jour-etat-avancement-plan-action-matiere-remboursement-colombie-britannique.html.

La province a mis en œuvre certains éléments de son plan, mais l'élimination des frais imposés aux patients a été entravée par une injonction liée à la contestation en cours en vertu de la Charte, connue sous le nom d'affaire Cambie (*Cambie Surgeries Corporation .c. Attorney General of British Columbia*), devant la Cour suprême de la Colombie-Britannique.

Comme le signalait le Rapport annuel sur l'application de la Loi canadienne sur la santé de l'an dernier, le 31 mars 2016, le gouvernement du Canada a indiqué qu'il comparait devant la Cour suprême de la Colombie-Britannique en tant que partie dans l'affaire Cambie, aux termes de la *Constitutional Question Act* de la Colombie-Britannique.

Les demandeurs cherchent à faire invalider les dispositions de la *Medicare Protection Act* de la Colombie-Britannique qui interdisent l'imposition de frais modérateurs, la surfacturation et les assurances privées à l'égard des services de santé couverts par le régime d'assurance-santé de la Colombie-Britannique, au motif que ces dispositions vont à l'encontre des articles 7 et 15 de la *Charte canadienne des droits et libertés*. Au printemps 2019, le Canada a présenté à la Cour des arguments à l'appui de la constitutionnalité des dispositions de la *Medicare Protection Act*, qui reflètent les principes de la *Loi canadienne sur la santé*. Le gouvernement fédéral prévoit conclure son argumentation finale en février 2020, et une décision de la Cour est attendue plus tard dans l'année.

AUTRES QUESTIONS DE CONFORMITÉ

Santé Canada continue de vérifier la conformité des provinces et des territoires à la Loi. Les progrès importants suivants ont été réalisés depuis qu'a été déposé au Parlement le Rapport annuel sur l'application de la Loi canadienne sur la santé de 2017–2018.



SERVICES D'AVORTEMENT

Les services d'avortement sont assurés dans l'ensemble des provinces et des territoires. Toutefois, l'accès à l'avortement médical et à l'avortement chirurgical varie tant au sein des provinces et des territoires qu'entre ceux-ci. Dans certaines provinces, l'accès à l'avortement médical est entravé par le manque de médecins disposés à le prescrire. Au Nouveau-Brunswick, les services d'avortement chirurgical ne sont couverts par le régime d'assurance-santé provincial que s'ils sont offerts en milieu hospitalier; les interventions pratiquées dans la clinique privée de Fredericton ne le sont pas. En Ontario, des reportages dans les médias ont mis en lumière les frais que certaines femmes ont dû payer pour avoir accès à des services d'avortement chirurgical dans des cliniques privées. Par la suite, Santé Canada a appris que, bien que le régime d'assurance-santé de l'Ontario couvre les honoraires des médecins pour les services d'avortement dans toutes les cliniques privées, il ne couvre que les frais d'établissement dans les quatre cliniques d'avortement privées autorisées en vertu de la *Loi sur les établissements de santé autonomes* de la province.

En juillet 2019, la ministre fédérale de la Santé a écrit à toutes les provinces et à tous les territoires au sujet des obstacles qui, à l'échelle du pays, continuent d'entraver l'accès aux services d'avortement, ce qui soulève des préoccupations en vertu des critères d'accessibilité et d'intégralité de la *Loi canadienne sur la santé*. En outre, la ministre a écrit aux ministres de la Santé du Nouveau-Brunswick et de l'Ontario pour leur signaler que tout frais imposé à une patiente pour un avortement chirurgical serait considéré comme une surfacturation et une imposition de frais modérateurs en vertu de la Loi et entraînerait des pénalités. Santé Canada poursuit ses consultations auprès des ministères de la Santé du Nouveau-Brunswick et de l'Ontario sur cette question.



TRANSFÉRABILITÉ À L'ÉTRANGER

En avril 2019, l'Ontario a annoncé qu'elle mettrait fin à son programme couvrant les services hospitaliers et médicaux d'urgence reçus par les résidents de l'Ontario pendant qu'ils sont à l'étranger. La province a officiellement éliminé cette couverture le 1^{er} janvier 2020. Cette mesure contrevient directement à l'exigence de la Loi selon laquelle les régimes provinciaux et territoriaux d'assurance-santé doivent offrir une couverture aux résidents pendant qu'ils sont à l'étranger. Bien que Santé Canada se préoccupe depuis longtemps des niveaux de couverture dans certaines provinces – seuls l'Île-du-Prince-Édouard et les territoires semblent satisfaire à cette exigence – l'Ontario est la première province à éliminer complètement la couverture.

En juillet 2019, la ministre fédérale de la Santé a écrit à ses homologues des provinces et des territoires pour leur rappeler leurs obligations à cet égard en vertu de la Loi.



FRAIS FACTURÉS AUX PATIENTS POUR DES SERVICES DIAGNOSTIQUES NÉCESSAIRES

Comme mentionné précédemment dans le présent rapport, en août 2018, la ministre fédérale de la Santé a écrit à ses homologues provinciaux et territoriaux pour annoncer la Politique sur les services diagnostiques, qui officialisait la position fédérale de longue date selon laquelle les services diagnostiques médicalement nécessaires reçus dans des cliniques privées sont considérés comme des services de santé assurés. Bien que la Saskatchewan soit la seule province qui encourage expressément cette pratique par voie législative, il existe des preuves démontrant que les résidents d'autres provinces, notamment en Colombie-Britannique, en Alberta, au Manitoba, au Québec, au Nouveau-Brunswick et en Nouvelle-Écosse, paient pour obtenir un accès plus rapide aux services diagnostiques. Afin de donner aux provinces et territoires le temps d'harmoniser leurs systèmes de soins de santé aux exigences de cette politique, la date d'entrée en vigueur a été fixée au 1^{er} avril 2020. Une fois la politique en vigueur, les provinces et les territoires qui permettent aux patients de payer pour ces services seront assujettis aux déductions au titre des transferts fédéraux en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*. Au cours de la période visée par le rapport, Santé Canada a consulté les provinces et les territoires afin de les aider en vue de la mise en œuvre de la politique. La Colombie-Britannique a pris des mesures à cet égard en augmentant sa capacité de fournir des services au public par l'achat de deux cliniques d'IRM privées et par un financement accru pour ce service, et elle se prépare à mettre en œuvre, en avril 2020, une loi qui interdira l'imposition de frais aux patients pour ces services.



FRAIS IMPOSÉS AU PUBLIC DANS DES CLINIQUES DE SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES

En 2018–2019, Santé Canada a poursuivi ses consultations avec le ministère de la Santé de l'Alberta au sujet de cliniques de santé privées qui exigent des patients une inscription annuelle et des frais d'adhésion. Toute prestation de services de santé assurés conditionnelle au paiement de frais constitue un non-respect des critères de surfacturation et de frais modérateurs prévus dans la Loi. En général, ces frais couvrent un ensemble de services non assurés, mais garantissent aussi un accès rapide à un médecin de famille et à des consultations non précipitées. On a informé Santé Canada que la vérification effectuée au Copeman Healthcare Centre de Calgary était terminée et qu'un rapport sur les résultats de la vérification avait été remis au ministre de la Santé de l'Alberta pour qu'il l'examine et détermine les prochaines étapes. Santé Canada assurera le suivi cette question.



CHAMBRES À SUPPLÉMENT DANS LES HÔPITAUX PRIVÉS

En vertu de la Loi, la définition du terme « services hospitaliers » précise que l'hébergement en chambre standard ou en salle commune est un service assuré. Les suppléments imposés pour les chambres à un ou à deux lits ne sont pas permis en vertu de la Loi lorsqu'un tel hébergement est médicalement nécessaire ou lorsqu'il n'y a pas de place disponible en chambre standard ou en salle commune. Santé Canada est en consultation à ce sujet avec le ministère de la Santé de l'Ontario, en raison de rapports selon lesquels les hôpitaux n'offrant que des chambres à

un ou à deux lits facturaient des suppléments aux patients lorsqu'ils recevaient des services de santé assurés. Au cours de la période visée par le rapport, les fonctionnaires de l'Ontario ont avisé Santé Canada que la province a modifié le règlement d'application de la *Loi sur l'assurance-santé* afin de s'assurer que les patients ne se voient pas imposer un supplément lorsque des chambres standard ou des places en salle commune ne sont pas disponibles.



FRAIS IMPOSÉS AUX PATIENTS POUR DES SERVICES FOURNIS PAR DES NON-MÉDECINS

En mai 2019, Santé Canada a écrit à Santé Manitoba pour exprimer son inquiétude au sujet de plusieurs cabinets privés dirigés par des infirmières praticiennes où l'on facturait aux patients des services qui seraient couverts par le régime provincial d'assurance-santé s'ils étaient fournis par des médecins. Plus particulièrement, Santé Canada s'est dit préoccupé par la migration des services à partir d'un milieu où l'accès est universel et fondé sur le besoin médical à un milieu où l'accès dépend de la capacité et de la volonté de payer du patient. Le Manitoba a répondu que, bien qu'il considère que la prestation des services par les infirmières praticiennes dans la province est conforme aux exigences de la Loi, il examine le champ de pratique des infirmières dans le privé et dans les institutions publiques et les répercussions d'un chevauchement éventuel avec les services assurés par des médecins.

En 2018–2019, Santé Canada a continué de suivre les questions de conformité et d'interprétation cidessous :



TRANSFÉRABILITÉ À L'INTÉRIEUR DU PAYS

Les services médicaux reçus par les résidents du Québec à l'extérieur de la province ne sont pas remboursés selon le tarif de la province d'accueil, ce qui est pourtant une exigence du critère de transférabilité en vertu de la Loi. De même, les Canadiens des provinces ou territoires autres que le Québec signalent également des difficultés à voir accepter leur carte d'assurance-santé lorsqu'ils ont besoin de soins à l'extérieur de leur province ou de leur territoire, en particulier dans les cliniques sans rendez-vous, ce qui va à l'encontre de l'esprit de la Loi.

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 17 avril 1984, réitère l'engagement national aux principes originaux du système de soins de santé au Canada, tels que consacrés dans les lois précédentes, à savoir la *Loi sur les soins médicaux* et la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques*. Afin de cesser la prolifération de cas d'imposition directe de frais pour des services hospitaliers et médicaux, le gouvernement fédéral a décidé d'instituer des pénalités intégrales obligatoires en cas de surfacturation ou d'imposition de frais modérateurs qui, selon lui, réduisent l'accès de nombreux Canadiens aux soins de santé pour des raisons financières.

CONFORMITÉ À LA LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ EN 1984–1987

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

DÉDUCTIONS ET REMBOURSEMENTS SUBSÉQUENTS POUR LA SURFACTURATION ET LES FRAIS MODÉRATEURS DE 1984 À 1987

	1984–1985	1985–1986	1986–1987	TOTAL
N.-B.	3 078 000	3 306 000	502 000	6 886 000
Qc	7 893 000	6 139 000	-	14 032 000
Ont.	39 996 000	53 328 000	13 332 000	106 656 000
Man.	810 000	460 000	-	1 270 000
Sask.	1 451 000	656 000	-	2 107 000
Alb.	9 936 000	11 856 000	7 240 000	29 032 000
C.-B.	22 797 000	30 620 000	31 332 000	84 749 000
TOTAL	85 961 000	106 365 000	52 406 000	244 732 000

À la suite de la période de transition initiale de trois ans de la Loi, pendant laquelle les déductions pouvaient être remboursées aux provinces et aux territoires, aucune pénalité en vertu de la Loi n'a été imposée avant l'exercice 1994–1995. Voir le tableau plus loin dans ce chapitre pour les pénalités survenues depuis l'exercice 1994–1995 jusqu'à aujourd'hui.

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

Veillez consulter le tableau à la fin de la présente section pour obtenir un résumé des déductions et des remboursements effectués sur les paiements de transfert provinciaux ou territoriaux depuis 1994–1995.

COLOMBIE-BRITANNIQUE

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

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

En 2004, la Colombie-Britannique n'a pas signalé à Santé Canada les montants de la surfacturation et des frais modérateurs réellement exigés pendant l'exercice 2001–2002. À la suite de rapports indiquant que la Colombie-Britannique enquêtait sur 55 cas d'imposition de frais modérateurs, une déduction de 126 775 \$ a été effectuée sur les versements de mars 2004 au titre du TCSPS destiné à la Colombie-Britannique, en fonction du montant qui aurait été imposé pendant l'exercice 2001–2002 d'après les estimations du ministre fédéral.

Depuis 2005, des déductions de 33 680 875 \$ ont été effectuées aux versements au titre du Transfert canadien en matière de santé (TCS) destinés à la Colombie-Britannique en raison de frais imposés signalés à Santé Canada par la province. La déduction effectuée en 2012–2013 quant à l'exercice 2010–2011, calculée par la ministre fédérale de la Santé, représente l'ensemble des montants déclarés à Santé Canada par la Colombie-Britannique et des montants déclarés publiquement à la suite d'une vérification effectuée par la Medical Services Commission de la Colombie-Britannique. On a utilisé cette méthode au cours des années suivantes. Comme l'indiquait auparavant le présent chapitre, la déduction de 15 861 818 \$ qui a été effectuée en mars 2018 ainsi que celle de 16 177 259 \$ effectuée en mars 2019 sur les versements du TCS destiné à la Colombie-Britannique ont été établies principalement à partir des résultats d'une vérification des frais imposés aux patients par les cliniques privées de cette province.

ALBERTA

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

MANITOBA

De novembre 1995 à décembre 1998, des déductions totalisant 2 055 000 \$ ont été effectuées sur le transfert fédéral en matière de santé destiné au Manitoba, en vertu de la Politique fédérale sur les cliniques privées. Ces déductions ont cessé le 1^{er} janvier 1999, lorsque la province a confirmé l'élimination des frais modérateurs dans les cliniques de chirurgie et d'ophtalmologie. Toutefois, au cours de l'exercice 2001–2002, une déduction mensuelle (d'octobre 2001 à mars 2002, inclusivement) de 50 034 \$ a été effectuée sur la contribution pécuniaire destinée au Manitoba au titre du TCSPS, à la lumière d'un état financier soumis par la province qui montrait que les montants réels des frais modérateurs exigés à l'égard de services assurés pendant les exercices 1997–1998 et 1998–1999 étaient supérieurs aux déductions effectuées à partir d'estimations. Le total des déductions effectuées au Manitoba s'élevait donc à 2 355 201 \$.

QUÉBEC

En mars 2017, en se fondant sur les montants de surfacturation et de frais modérateurs déclarés par le vérificateur général du Québec à l'égard des frais accessoires facturés en 2014–2015, la ministre fédérale a estimé une déduction de 9 907 229 \$. Compte tenu des mesures correctives qu'avait déjà prises le gouvernement provincial pour éliminer les frais accessoires en janvier 2017, le gouvernement du Canada a par la suite remboursé ce montant au Québec. Des déductions et des remboursements semblables ont été effectués en mars 2018 et en mars 2019 par rapport à la surfacturation et aux frais modérateurs imposés en 2015–2016 et en 2016–2017, respectivement. Le remboursement consenti au Québec en mars 2019 a été le premier à être effectué en vertu de la nouvelle politique de remboursement.

NOUVELLE-ÉCOSSE

Avec la fermeture d'une clinique privée à Halifax le 27 novembre 2003, les pénalités imposées à la Nouvelle-Écosse pour la non-conformité à la Politique fédérale sur les cliniques privées ont pris fin. Avant la fermeture de la clinique, un total de 372 135 \$ avait été déduit de la contribution pécuniaire destinée à la Nouvelle-Écosse au titre du TCSPS parce que la province n'avait pas couvert les frais d'établissement imposés aux patients bien qu'elle ait payé les honoraires médicaux. Un montant final de 5 463 \$ a été déduit des versements de mars 2005 du TCS à la Nouvelle-Écosse à titre de rapprochement pour des déductions déjà effectuées en 2002–2003. Un rajustement positif ponctuel de 8 121 \$ en faveur de la Nouvelle-Écosse a été effectué aux versements de mars 2006 du TCS pour faire concorder les sommes effectivement exigées sous forme de surfacturation et de frais modérateurs avec les pénalités déjà imposées sur la base des estimations provinciales signalées pour l'exercice financier 2003–2004.

Les versements de mars 2007 au titre du TCS destiné à la Nouvelle-Écosse ont été réduits de 9 460 \$ pour la surfacturation pratiquée en 2004–2005. Ce montant a été déclaré à Santé Canada par la province selon les conclusions d'une vérification, terminée en 2006, portant sur les pratiques de facturation d'un médecin de la Nouvelle-Écosse.

Depuis l'adoption de la Loi, d'avril 1984 à mars 2019, un total de 70 612 008 \$ a été déduit des paiements du transfert concernant les dispositions de la Loi sur la surfacturation et les frais modérateurs. Ce montant exclut les déductions totales de 244 732 000 \$ effectuées de 1984 à 1987, puis remboursées par la suite aux provinces lorsque la surfacturation et les frais modérateurs ont été éliminés.

TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR

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

Une déduction de 1 100 \$ a été effectuée sur les versements de mars 2005 au titre du TCS destiné à Terre-Neuve-et-Labrador pour les frais imposés à un patient pour un examen par IRM dans un hôpital au cours de l'exercice 2002–2003.

De mars 2011 à mars 2013, des déductions totalisant 102 249 \$ ont été effectuées sur les versements au titre du TCS destiné à Terre-Neuve-et-Labrador pour la surfacturation et l'imposition

de frais modérateurs, en fonction des montants déclarés à Santé Canada par la province. Ces frais découlaient de services fournis par un chirurgien dentiste s'étant retiré du Régime qui a, depuis, quitté la province, et Santé Canada estime que ce dossier est réglé.

En mars 2019, une déduction de 1 349 \$ effectuée sur les versements au titre du TCS destiné à Terre-Neuve-et-Labrador en raison de la surfacturation et des frais modérateurs imposés en 2016–2017 pour des services assurés par le régime dans une clinique ophtalmologique privée et qui ont été déclarés à Santé Canada par la province.

DÉDUCTIONS ET RAPPROCHEMENTS CONCERNANT LES CONTRIBUTIONS PÉCUNIAIRES AU TITRE DU TCSPS ET DU TCS CONFORMÉMENT À LA LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ DE 1994-1995 À 2018-2019 (EN DOLLARS)

	T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yn	NT	T.N.-O.	TOTAL
1994/95	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1 982 000	-	-	-	1 982 000
1995/96	46 000	-	32 000	-	-	-	269 000	-	2 319 000	43 000	-	-	-	2 709 000
1996/97	96 000	-	72 000	-	-	-	588 000	-	1 266 000	-	-	-	-	2 022 000
1997/98	128 000	-	57 000	-	-	-	586 000	-	-	-	-	-	-	771 000
1998/99	53 000	-	38 950	-	-	-	612 000	-	-	-	-	-	-	703 950
1999/00	(42 570)	-	61 110	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	18 540
2000/01	-	-	57 804	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	57 804
2001/02	-	-	35 100	-	-	-	300 201	-	-	-	-	-	-	335 301
2002/03	-	-	11 052	-	-	-	-	-	-	4 610	-	-	-	15 662
2003/04	-	-	7 119	-	-	-	-	-	-	126 775	-	-	-	133 894
2004/05	1 100	-	5 463	-	-	-	-	-	-	72 464	-	-	-	79 027
2005/06	-	-	(8 121)	-	-	-	-	-	-	29 019	-	-	-	20 898
2006/07	-	-	9 460	-	-	-	-	-	-	114 850	-	-	-	124 310
2007/08	-	-	-	-	-	-	-	-	-	42 113	-	-	-	42 113
2008/09	-	-	-	-	-	-	-	-	-	66 195	-	-	-	66 195
2009/10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	73 925	-	-	-	73 925
2010/11	3 577	-	-	-	-	-	-	-	-	75 136	-	-	-	78 713
2011/12	58 679	-	-	-	-	-	-	-	-	33 219	-	-	-	91 898
2012/13	50 758	-	-	-	-	-	-	-	-	280 019	-	-	-	330 777
2013/14	(10 765)	-	-	-	-	-	-	-	-	224 568	-	-	-	213 803
2014/15	-	-	-	-	-	-	-	-	-	241 637	-	-	-	241 637
2015/16	-	-	-	-	-	-	-	-	-	204 145	-	-	-	204 145
2016/17	-	-	-	-	9 907 2291	-	-	-	-	184 508	-	-	-	10 091 737
2017/18	-	-	-	-	9 907 2291	-	-	-	-	15 861 818	-	-	-	25 769 047
2018/19	1 349	-	-	-	8 256 0241	-	-	-	-	16 177 259	-	-	-	24 434 632
TOTAL	385 128	0	378 937	0	28 070 482	0	2 355 201	0	3 585 000	35 837 260	0	0	0	70 612 008

1 Ces montants ont par la suite été remboursés à la province compte tenu des mesures correctives que le gouvernement provincial avait déjà prises pour régler la question des frais accessoires au moment de la déduction.

Pour comprendre le tableau

- Les premières déductions en vertu de la Loi ont été effectuées au cours des trois premières années suivant l'adoption de celle-ci et ont été remboursées par la suite. Elles sont décrites plus haut dans ce chapitre et sont énumérées dans un tableau à la page 27. Aucune déduction n'a été effectuée entre les exercices 1987-1988 et 1993-1994.
- Dans les cas où la province ou le territoire a fourni une estimation anticipée des montants de surfacturation et de frais modérateurs pour l'exercice à venir, une déduction a été effectuée selon les frais imposés dans l'exercice financier ayant fait l'objet de l'estimation.
- En plus de constituer le fondement de la plupart des déductions effectuées en vertu de la Loi, les états financiers indiquant les montants réels de surfacturation et de frais modérateurs permettent de rapprocher les frais estimés à ceux qui ont réellement été imposés. Ces rapprochements constituent le fondement des modifications subséquentes apportées au titre des transferts de fonds destinés aux provinces et aux territoires. Les chiffres entre parenthèses représentent les rapprochements effectués à l'égard de la province ou du territoire.

COMITÉ DE COORDINATION DES ENTENTES INTERPROVINCIALES EN ASSURANCE-SANTÉ

Le comité de coordination des ententes interprovinciales en assurance-santé (CCEIAS) a été créé en 1991 pour traiter des questions relatives à la facturation interprovinciale des services assurés médicaux et hospitaliers. Le comité comprend des représentants de chaque province et territoire et un président sans droit de vote de la Division de la Loi canadienne sur la santé. La Division de la Loi canadienne sur la santé s'acquitte également des fonctions de secrétariat du CCEIAS.

Toutes les provinces et tous les territoires participent à des ententes de facturation réciproque des services hospitaliers, et tous, à l'exception du Québec, participent à des ententes de facturation réciproque des services médicaux. Ces ententes garantissent généralement que la carte d'assurance-santé sera acceptée, en guise de paiement, lorsque le patient reçoit des services médicaux ou hospitaliers dans une autre province ou un autre territoire. La province ou le territoire qui fournit le service facturera directement la province ou le territoire d'origine du patient selon des tarifs convenus. Ces ententes visent à faire en sorte que les résidents canadiens n'aient pas à payer directement les soins médicaux et hospitaliers médicalement nécessaires qu'ils reçoivent lorsqu'ils voyagent au pays. Il faut noter que ces ententes sont interprovinciales et non fédérales et que, bien qu'elles contribuent à satisfaire au critère de transférabilité, elles ne constituent pas des exigences de la Loi.

Au cours de la période visée par le présent rapport, le CCEIAS a mis en œuvre une nouvelle méthode de facturation réciproque des services de chimiothérapie pour les patients externes et il a élargi la liste des implants et des dispositifs à coût élevé pouvant être facturés réciproquement.

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

Les questions relatives aux exigences d'inscription et d'admissibilité sont traitées par le Groupe de travail responsable de l'Accord sur l'admissibilité et la transférabilité du CCEIAS, qui a la responsabilité d'examiner les questions d'admissibilité et de déterminer les écarts éventuels entre les provinces et les territoires en matière de couverture des soins de santé.

Le Groupe de travail sur la recherche en matière de politiques examine les questions se rapportant aux politiques qui entravent la couverture des services de santé assurés dans le but d'accroître l'uniformité et la coordination de la couverture des soins de santé et des pratiques de facturation interprovinciales.



CHAPITRE 3

LES RÉGIMES D'ASSURANCE-SANTÉ PROVINCIAUX ET TERRITORIAUX EN 2018–2019

Le chapitre suivant présente les 13 régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux qui composent le système public d'assurance-santé au Canada. Le but de ce chapitre est de montrer avec clarté et cohérence dans quelle mesure les régimes d'assurance-santé des provinces et des territoires ont satisfait aux exigences des critères et conditions de programme de la *Loi canadienne sur la santé* en 2018–2019.

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

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

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

Afin d'aider les provinces et les territoires à préparer leur présentation au rapport annuel, Santé Canada leur a fourni le document intitulé Rapport annuel de 2018–2019 sur l'application de la Loi canadienne sur la santé – Guide de mise à jour des présentations (Guide de l'utilisateur). Ce guide vise à aider les provinces et les territoires à satisfaire aux exigences de Santé Canada en ce qui concerne le rapport. Les modifications qui y sont apportées chaque année découlent de l'analyse, effectuée par Santé Canada, des descriptions des régimes d'assurance-santé tirées des rapports annuels précédents et de l'évaluation du Ministère des nouvelles questions d'intérêt liées aux services de santé assurés.

Au cours de l'été 2019, le processus de production du Rapport annuel sur l'application de la Loi canadienne sur la santé de 2018–2019 a été lancé par des téléconférences bilatérales. Un Guide de l'utilisateur mis à jour a également été envoyé aux provinces et aux territoires.

DESCRIPTIONS DES RÉGIMES D'ASSURANCE-SANTÉ

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

TERMES CLÉS DÉFINIS À L'INTENTION DES PROVINCES ET DES TERRITOIRES POUR GUIDER LEURS PRÉSENTATIONS À CE RAPPORT

Le **médecin ou dentiste participant** est un médecin ou un dentiste autorisé qui est inscrit à un régime d'assurance-santé provincial ou territorial.

Le **médecin ou dentiste non participant** exerce sa profession en dehors d'un régime d'assurance-santé provincial ou territorial. Ni le médecin, ni le dentiste, ni le patient ne sont admissibles à une couverture des coûts pour les services rendus ou reçus des régimes d'assurance-santé provinciaux ou territoriaux. Un médecin ou un dentiste non participant peut donc établir ses propres honoraires, qui sont payés directement par le patient.

Le **médecin ou dentiste ayant opté pour le retrait du régime** est un médecin ou dentiste qui est inscrit au régime d'assurance-santé provincial ou territorial mais qui s'en est volontairement retiré et qui facturera donc ses patients directement. Ces frais peuvent atteindre, mais ne pas dépasser, le montant provincial ou territorial autorisé en vertu de l'entente sur le barème des tarifs. Les régimes provinciaux ou territoriaux remboursent ces frais aux patients des médecins ou dentistes qui ont choisi de se retirer du régime.

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

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

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

Les tableaux statistiques renferment des données sur les ressources et les coûts associés aux services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire assurés, par province et territoire, pour cinq exercices consécutifs se terminant le 31 mars 2019. Toute l'information provient de fonctionnaires provinciaux et territoriaux.

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

ORGANISATION DES RENSEIGNEMENTS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

TERRE-NEUVE- ET-LABRADOR



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

Le Ministère travaille avec les parties prenantes pour élaborer et améliorer les politiques, la législation, les normes provinciales et les stratégies afin d'aider les individus, les familles et les communautés à maintenir un état optimal de santé et de bien-être. Le Ministère joue un rôle de premier plan dans l'élaboration des politiques, de la planification et des programmes, ainsi que dans le soutien accordé aux quatre régions régionales de la santé (RRS). Il travaille également avec les intervenants pour assurer l'accès à des services de santé de qualité, rentables et opportuns pour tous les Terre-Neuviens et les Labradoriens.

Le Ministère assure la direction, la coordination, la surveillance et le soutien des RRS, qui fournissent la majorité des services de santé publics dans la province, ainsi que d'autres entités offrant des programmes et des services. Cela garantit la qualité, l'efficacité et l'efficience dans des domaines tels que l'administration des établissements de soins de santé, l'accès et l'efficacité clinique, les programmes destinés aux aînés, aux personnes handicapées et aux personnes souffrant de problèmes liés à la santé mentale ou à la toxicomanie, ainsi que les soins de longue durée et les services de soutien communautaire, les programmes d'éducation et de formation des professionnels de la santé, le contrôle, la possession, la manipulation, la conservation et la vente d'aliments et de médicaments, la préservation et la promotion de la santé, la prévention et le contrôle des maladies, la santé publique et l'application des normes de santé publique.

Du budget annuel représentant près de 3,1 milliards de dollars, le Ministère représente environ 39 % du budget total de Terre-Neuve-et-Labrador. Le budget 2018–2019 a prévu un financement pour soutenir la mise en œuvre des recommandations de Towards Recovery : le plan d'action de Terre-Neuve-et-Labrador en santé mentale et en toxicomanie, l'examen du programme provincial de soutien à domicile, l'élargissement des équipes de soins de santé primaires, la réfection ou la rénovation des établissements de santé ainsi que le remplacement et la modernisation de l'équipement médical.

À Terre-Neuve-et-Labrador, les services de santé sont fournis à plus de 526 000 résidents par environ 31 400 personnes du secteur de la santé et des services communautaires. Sur ce total, environ 19 000 personnes sont employées par les quatre RRS et environ 200 personnes sont employées par le ministère de la Santé et des Services communautaires.



1.0 GESTION PUBLIQUE

1.1 Régime d'assurance-santé et autorité publique

Les régimes d'assurance-santé gérés par le ministère de la Santé et des Services communautaires (le Ministère) comprennent le Régime d'assurance-santé et le Régime d'assurance-hospitalisation. Ces deux régimes sont à but non lucratif et gérés par le secteur public.

La *Medical Care and Hospital Insurance Act*, est entrée en vigueur le 1^{er} octobre 2016, remplaçant à la fois la *Medical Care Insurance Act (1999)* et la *Hospital Insurance Agreement Act*. Vous pouvez consulter la [Medical Care and Hospital Insurance Act](#) (en anglais seulement) sur le site web de la Chambre d'assemblée de Terre-Neuve-et-Labrador.

Conformément à l'article 5 de la *Medical Care and Hospital Insurance Act*, le ministre de la Santé et des Services communautaires (le ministre) est tenu d'administrer un régime de soins médicaux et d'assurance-hospitalisation pour les résidents de la province. La Loi accorde le pouvoir de prendre des règlements définissant qui est un résident, prescrivant quels services sont des services assurés et dans quelles circonstances les services assurés devraient être à la charge du ministre.

Le Régime d'assurance-santé facilite la prestation de soins médicaux complets à tous les résidents de la province en mettant en œuvre des politiques, des procédures et des systèmes qui permettent une rémunération appropriée des prestataires pour la prestation de services professionnels assurés.

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

Le Régime d'assurance-santé et le Régime d'assurance-hospitalisation fonctionnent tous deux conformément aux dispositions de la *Medical Care Insurance Act (1999)* et de son Règlement connexe, et en conformité avec la *Loi canadienne sur la santé*.

Au cours de 2018–2019, deux modifications ont été apportées au *Medical Care Insurance Insured Services Regulations* en vertu de la *Medical Care and Hospital Insurance Act*. Tout d'abord, des modifications ont été apportées pour inclure spécifiquement les services fournis par un médecin par téléphone en tant que service assuré, s'ils sont spécifiés dans le barème des tarifs. Deuxièmement, des modifications ont été apportées pour préciser que l'extraction et le remplacement médicalement nécessaires du cristallin cataracté par toute procédure est un service assuré et doit être effectué dans un hôpital ou un établissement désigné par le lieutenant-gouverneur en conseil.

Les *Hospital Insurance Regulations* prévus par la loi ont également été mis à jour pour préciser que l'extraction et le remplacement médicalement nécessaires du cristallin cataracté constituent un service assuré et doivent être effectués dans un hôpital ou un établissement désigné par le lieutenant-gouverneur en conseil.

1.2 Liens hiérarchiques

Le Ministère a le mandat d'administrer les régimes d'assurance-santé et d'assurance-hospitalisation. Il rend des comptes sur ces régimes au moyen du processus législatif régulier, ainsi que par d'autres mécanismes de rapport public (p. ex. les comptes publics et le comité des services sociaux de la Chambre d'assemblée).

Le gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador établit des exigences provinciales relatives à la planification et aux rapports auxquels doivent satisfaire tous les ministères, y compris le ministère de la Santé et des Services communautaires. En vertu de la *Transparency and Accountability Act*, le ministère de la Santé et des Services communautaires ainsi que les dix autres entités qui relèvent du ministre, y compris les régies régionales de la santé (RRS), produisent un plan stratégique triennal et un rapport de rendement annuel. Vous pouvez consulter les plans et les rapports qui sont déposés à la Chambre d'assemblée sur le [site Web du Ministère](#).

Le rapport annuel du ministère de la Santé et des Services communautaires de 2018–2019 a été déposé le 30 septembre 2019.

1.3 Vérification des comptes

Chaque année, le vérificateur général de la province effectue une vérification indépendante des comptes publics provinciaux. Les dépenses du Régime d'assurance-santé font partie des comptes publics. Le vérificateur général dispose d'un accès complet et sans restriction aux dossiers du Régime d'assurance-santé à l'aide de codes, mais doit protéger la vie privée et les renseignements personnels. Il n'y a pas eu d'examen par le vérificateur général des programmes, des services ou des dépenses du Régime d'assurance-santé en 2018–2019.

Les quatre RRS sont soumises à des vérifications de leurs états financiers, à des examens et à des vérifications de la conformité. Les vérifications des états financiers sont effectuées par des cabinets de vérificateurs indépendants choisis par les RRS. Les missions d'examen sont menées en utilisant les normes de vérification généralement reconnues de l'Institut canadien des comptables agréés. Diverses vérifications de la conformité et auprès des médecins sont effectuées par le personnel du Ministère, sous le régime de la *Medical Care and Hospital Insurance Act*.

Les dossiers des médecins et ceux des associations professionnelles de médecins sont examinés pour vérifier qu'ils corroborent les services facturés et que ces derniers sont assurés aux termes du Régime d'assurance-santé.

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



2.0 INTÉGRALITÉ

2.1 Services hospitaliers assurés

En date du 31 mars 2019, la *Medical Care and Hospital Insurance Act* et le *Hospital Insurance Regulations* régissent les services hospitaliers assurés à Terre-Neuve-et-Labrador. Tous les services des hôpitaux définis en vertu de la *Loi canadienne sur la santé* sont des services assurés à Terre-Neuve-et-Labrador.

Des services hospitaliers assurés sont fournis à des patients externes ou hospitalisés par 15 hôpitaux, 23 centres de santé communautaire et 65 cliniques communautaires partout dans la province. Comme l'indique le tableau statistique, la modification du nombre de cliniques reflète un changement dans la façon dont le Ministère classe les établissements de santé publique. Les services hospitaliers assurés comprennent :

- › l'hébergement et les repas en salle commune;
- › les services infirmiers;
- › les services de laboratoire et de radiologie et les autres services de diagnostic;
- › les produits pharmaceutiques, les substances biologiques et les préparations connexes;
- › les fournitures médicales et chirurgicales;
- › les salles d'opération, les salles d'accouchement et les services d'anesthésie;
- › les services de réadaptation (p. ex. physiothérapie, ergothérapie, orthophonie et audiologie);
- › les services de radiothérapie (p. ex. les établissements de radiothérapie, les isotopes radioactifs);
- › les consultations de patients hospitalisés ou les consultations externes et d'urgence;
- › les chirurgies d'un jour.

La politique de couverture des services hospitaliers assurés est associée à la politique de couverture des services médicaux assurés. Le Ministère gère l'ajout ou le retrait de services hospitaliers de la liste des services assurés selon les instructions du lieutenant-gouverneur en conseil.

2.2 Services médicaux assurés

En date du 31 mars 2019, la loi habilitante pour les services médicaux assurés était la *Medical Care and Hospital Insurance Act* et les règlements pertinents maintenus comprenant :

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

En 2018–2019 (en date du 31 mars 2019), la province comptait 1 262 médecins actifs (salariés et rémunérés à l'acte) pratiquant dans la province.

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

- › tous les services fournis en bonne et due forme par des médecins à des bénéficiaires atteints d'une maladie qui exige un traitement ou un conseil médical (y compris les services fournis par téléphone s'ils sont indiqués dans le barème des tarifs);
- › les immunisations ou inoculations de groupe effectuées par des médecins à la demande d'une autorité compétente;
- › les services de laboratoire, de radiologie et autres services thérapeutiques ou diagnostiques fournis dans des établissements approuvés par une autorité compétente, et qui ne sont pas fournis en vertu de la *Medical Care and Hospital Insurance Act* et de son Règlement;
- › l'extraction et le remplacement médicalement nécessaires du cristallin cataracté par toute procédure effectués dans un hôpital ou un établissement désigné par le lieutenant-gouverneur en conseil.

Les médecins peuvent décider de ne pas participer au Régime d'assurance-santé comme le prévoit l'article 8 de la *Medical Care and Hospital Insurance Act*, en l'occurrence :

- › 8. (3) Un praticien peut, par écrit, notifier au ministre son choix de percevoir les paiements relatifs aux soins assurés qu'il dispense aux patients autrement qu'auprès du ministre.
- › 8. (4) Un choix en vertu du paragraphe (3) prend effet le premier jour du premier mois après l'expiration d'un délai de 60 jours à compter de la date de réception, par le ministre, de l'avis de choix.
- › 8. (5) Un praticien qui a fait un choix en vertu du paragraphe (3) peut révoquer ce choix par un avis écrit au ministre.
- › 8. (6) La révocation d'un choix en vertu du paragraphe (5) prend effet le premier jour du premier mois commençant après l'expiration d'un délai de 60 jours après la date de réception, par le ministre, de l'avis de révocation.
- › 8. (7) Nonobstant les paragraphes (4) et (6), le ministre peut déroger aux délais prévus dans ces paragraphes lorsque, à son avis, il est raisonnable de le faire.

En date du 31 mars 2019, aucun médecin ne s'était retiré du Régime d'assurance-santé.

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

2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

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

Au 31 mars 2019, 22 dentistes fournissaient des services assurés aux termes du régime de chirurgie dentaire.

Les dentistes peuvent se retirer du Régime d'assurance-santé conformément à l'article 8 de la *Medical Care and Hospital Insurance Act* mentionné ci-dessus. Ces dentistes doivent informer les patients de leur statut de dentiste ayant opté pour le retrait du Régime, leur indiquer les honoraires prévus et leur remettre un relevé des services et des honoraires facturés. Au 31 mars 2019, aucun dentiste ne s'était retiré du régime. Aucune surfacturation n'a été rapportée 2018–2019.

Le programme de chirurgie dentaire étant une composante du Régime d'assurance-santé, les changements apportés à la liste des services assurés s'effectue selon les mêmes modalités que pour le Régime d'assurance-santé.

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

2.4 Services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

Les services hospitaliers non couverts par le Régime d'assurance-santé comprennent :

- › l'hébergement en chambre individuelle ou semi-privée à la demande du patient;
- › 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 ou ceux de tout praticien privé dans un établissement hospitalier demandé par le patient;
- › les radiographies non médicalement nécessaires ou autres services demandés pour des raisons associées à l'emploi ou à l'assurance;
- › les médicaments (à l'exception des médicaments antirejet et de l'AZT) et les appareils prescrits pour usage après le congé de l'hôpital;
- › les téléphones, les radios ou les téléviseurs destinés à un usage personnel et non à des fins éducatives;
- › les services fournis dans des établissements canadiens d'imagerie diagnostique non approuvés;
- › la fertilisation in vitro et d'autres mesures de procréation;
- › les services couverts par WorkplaceNL ou par une autre législation fédérale ou provinciale;

- › les services associés aux avortements thérapeutiques effectués dans des établissements non autorisés ou non approuvés par le College of Physicians and Surgeons of Newfoundland and Labrador.

L'utilisation du cadre hospitalier pour tout service jugé non couvert par le Régime d'assurance-santé n'est pas non plus couverte dans le cadre du Régime d'assurance-hospitalisation.

Voici la liste des services médicaux non assurés aux fins de la *Medical Care and Hospital Insurance Act* :

- › la distribution par un médecin de produits médicaux, de médicaments ou d'appareils médicaux ainsi que la remise ou la rédaction d'une ordonnance médicale;
- › la préparation par un médecin de dossiers, de rapports ou de certificats pour un bénéficiaire, ou en son nom, ou toute communication avec un bénéficiaire ou concernant un bénéficiaire;
- › les services rendus par un médecin à son conjoint (ou conjointe) ou à ses enfants;
- › les services auxquels un patient a droit en vertu d'une loi du Parlement du Canada, de la province de Terre-Neuve-et-Labrador, d'une autre province ou d'un territoire du Canada ou d'un pays étranger;
- › le temps ou les dépenses associés à un déplacement effectué en vue de donner une consultation à un bénéficiaire;
- › les services ambulanciers et les autres formes de transport de patients;
- › l'acupuncture et tous les actes et services connexes, à l'exclusion de l'évaluation visant à établir le diagnostic de la maladie qui serait traitée par acupuncture;
- › les examens qui ne sont pas nécessaires sur le plan médical ou qui sont effectués à la demande d'un tiers, sauf s'ils sont précisés par le Ministère;
- › la chirurgie plastique ou toute autre chirurgie à visée purement esthétique, sauf en cas d'indication médicale;
- › le traitement au laser de la télangiectasie;
- › les témoignages en cour;
- › les consultations d'optométristes, d'omnipraticiens et d'ophtalmologistes visant uniquement à déterminer si des lunettes ou des verres de contact doivent être prescrits ou remplacés;
- › les honoraires des dentistes, des chirurgiens-dentistes ou des omnipraticiens pour les extractions dentaires courantes effectuées à l'hôpital;
- › les traitements au fluorure chez les enfants de moins de quatre ans;
- › l'excision de xanthélasmas;
- › la circoncision des nouveau-nés;
- › l'hypnothérapie;

- › l'examen médical des conducteurs;
- › les traitements de l'alcoolisme et des toxicomanies effectués à l'extérieur du Canada;
- › les consultations exigées par le règlement de l'hôpital;
- › les avortements thérapeutiques pratiqués dans la province dans un établissement non approuvé par le College of Physicians and Surgeons of Newfoundland and Labrador;
- › la chirurgie pour changement de sexe, en l'absence de recommandation du Clarke Institute of Psychiatry;
- › la fécondation *in vitro* et la stimulation ovarienne avec insémination;
- › la reperméabilisation tubaire ou la vasovasostomie;
- › les autres services non prévus à l'article 3 de la *Medical Care Insurance Insured Services Regulations*.

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

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

La *Medical Care and Hospital Insurance Act* confère au lieutenant-gouverneur en conseil le pouvoir d'instaurer des règlements déterminant quels services sont ou non des services assurés aux fins de la Loi. Cela comprendrait la consultation de la Newfoundland and Labrador Medical Association. Aucun service inscrit au Régime d'assurance-santé n'a été retiré au cours de 2018–2019.



3.0 UNIVERSALITÉ

3.1 Admissibilité

Au 31 mars 2019, 526278 personnes étaient inscrites au Régime d'assurance-santé. Les résidents de Terre-Neuve-et-Labrador peuvent bénéficier d'une couverture en vertu de la *Medical Care and Hospital Insurance Act*. Cette Loi définit un « habitant » (résident) comme une personne qui est légalement autorisée d'être au Canada ou d'y rester et qui réside dans la province, ou qui y vit habituellement, à l'exception d'une personne faisant du tourisme, étant de passage ou en visite dans la province.

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

Parmi les personnes non admissibles à la couverture des régimes, on trouve :

- › les étudiants et les personnes à leur charge qui sont couverts par le régime d'une autre province ou d'un autre territoire;
- › les personnes à charge d'un résident de la province, si elles sont couvertes par le régime d'une autre province ou d'un autre territoire;
- › les demandeurs du statut de réfugié et les personnes à leur charge;
- › les travailleurs étrangers détenant des autorisations d'emploi qui ne satisfont pas aux critères établis;
- › les étudiants internationaux détenant des autorisations qui ne satisfont pas aux critères établis;
- › les travailleurs saisonniers étrangers, les personnes qui font du tourisme, sont de passage ou en visite dans la province ainsi que les personnes à leur charge;
- › les membres des Forces armées canadiennes;
- › les détenus sous responsabilité fédérale;
- › les membres des forces armées d'autres pays stationnés dans la province.

Si le statut de ces personnes change, elles doivent répondre aux critères susmentionnés pour être admissibles. Les demandeurs souhaitant faire appel d'une décision concernant l'admissibilité peuvent demander au ministre de la Santé et des Services communautaires un examen formel du dossier.

3.2 Autres catégories de personnes

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



4.0 TRANSFÉRABILITÉ

4.1 Période d'attente minimale

Les personnes qui remplissent les critères d'admissibilité et qui s'installent à Terre-Neuve-et-Labrador en provenance d'autres provinces ou territoires ont droit à la couverture le premier jour du troisième mois suivant le mois de leur arrivée.

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

4.2 Couverture durant des absences temporaires au Canada

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

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

Les résidents de la province restent couverts pendant les absences temporaires au Canada. Le gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador a conclu, avec les autres provinces et les territoires, des ententes officielles de facturation réciproque des services hospitaliers assurés (p. ex. l'Entente de facturation réciproque des soins hospitaliers). Les frais des patients hospitalisés sont remboursés aux tarifs normalisés approuvés par la province ou le territoire d'accueil. Les interventions très coûteuses pour les patients hospitalisés et les services de consultation externe sont remboursées sur la base des tarifs nationaux convenus entre les régimes d'assurance-santé des provinces et des territoires par l'intermédiaire du Comité de coordination des ententes interprovinciales en assurance-santé (CCEIAS).

Les services médicaux reçus dans une autre province (à l'exception du Québec) ou dans un autre territoire sont payés aux termes de l'Entente de facturation réciproque des soins médicaux, aux tarifs de la province ou du territoire d'accueil. Les demandes de remboursement concernant les services médicaux reçus au Québec sont soumises par le patient au Régime d'assurance-santé, et le paiement est effectué aux tarifs de la province d'accueil.

Pour pouvoir bénéficier d'une couverture à l'extérieur de la province, le bénéficiaire doit se conformer à la législation et aux règles du Régime d'assurance-santé relatives à la résidence à Terre-Neuve-et-Labrador. Pour être admissible en tant que bénéficiaire, un résident doit demeurer dans la province pour une période d'au moins quatre mois consécutifs pour chaque période de 12 mois. En général, les règles concernant la couverture des soins médicaux et hospitaliers sont les suivantes :

- › Avant de quitter la province pour une période prolongée (plus de 30 jours), le résident est invité à contacter le Régime d'assurance-santé afin d'obtenir un certificat de couverture à l'extérieur de la province (un certificat). Pour les voyages de plus de 30 jours à l'extérieur de la province, il est recommandé de se procurer un certificat en tant que preuve de la capacité d'un résident à payer les services reçus pendant son séjour à l'extérieur de la province.
- › Le bénéficiaire qui a résidé dans la province pendant plus de 12 mois qui :
 - › part en vacances à l'extérieur de la province peut recevoir un certificat initial de couverture à l'extérieur de la province d'une durée de 12 mois, au plus; à son retour, il est tenu de résider dans la province pendant une période d'au moins quatre mois consécutifs; par la suite, la période de couverture des certificats suivants sera limitée à huit mois;
 - › est étudiant à Terre-Neuve-et-Labrador et qui quitte la province peut recevoir un certificat, renouvelable chaque année, à condition de fournir une preuve d'inscription à temps plein dans un établissement d'enseignement agréé situé à l'extérieur de la province;
 - › quitte la province pour occuper un emploi à l'extérieur peut recevoir un certificat de couverture d'une durée de 12 mois, au plus; et 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 peut demeurer pas inscrite au Régime d'assurance-santé.
- › Le certificat de couverture à l'extérieur de la province n'est pas exigé pour les voyages de 30 jours ou moins, mais peut être délivré sur demande.

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

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

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

La province offre une couverture à ses résidents pendant leurs absences temporaires à l'étranger. Les services hospitaliers assurés fournis à l'étranger à des patients hospitalisés ou externes sont couverts en cas d'urgence, de maladies subites et d'interventions non urgentes, aux tarifs établis cités ci-après. Les services hospitaliers à des patients 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 la Régime d'assurance-santé pour des services hospitaliers assurés fournis à l'étranger à des patients hospitalisés est de 350 \$ par jour, dans le cas d'un hôpital communautaire ou régional, et de 465 \$ par jour, dans le cas d'un hôpital de soins tertiaires (établissement hautement spécialisé). Le tarif approuvé pour les services à des patients externes est de 62 \$ par visite, et de 220 \$ par séance d'hémodialyse. Les tarifs approuvés sont en devise canadienne.

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

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

4.4 Nécessité d'une approbation préalable

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

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



5.0 ACCESSIBILITÉ

5.1 Accès aux services de santé assurés

À Terre-Neuve-et-Labrador, l'accès aux services de santé assurés est accordé selon des modalités uniformes. Les frais de coassurance pour les services hospitaliers assurés et la surfacturation par les médecins sont interdits dans la province.

L'article 7 de la *Medical Care and Hospital Insurance Act* stipule qu'un praticien offrant des services assurés, qu'il ait ou non choisi de se retirer du Régime d'assurance-santé, ne devra ni exiger ni percevoir de frais d'un bénéficiaire pour des services assurés dépassant le montant payable en vertu de la loi et des règlements. Un praticien ou une autre personne qui contrevient à cette disposition est coupable d'une infraction et passible, sur déclaration de culpabilité par procédure sommaire, d'une amende pouvant aller jusqu'à 20 000 \$ pour chaque infraction. Les cas de surfacturation et d'imposition de frais modérateurs peuvent être déterminés par le biais du processus de vérification décrit à l'article 21 de la *Medical Care and Hospital Insurance Act* ou peuvent être signalés par les résidents. Ces cas peuvent être découverts lorsque les résidents présentent des demandes de paiement au ministère de la Santé et des Services communautaires (le Ministère) à des fins de remboursement.

Les plaintes des résidents concernant les frais imposés pour des services de santé assurés sont gérées par le Ministère. Selon les circonstances, le Ministère peut faire enquête ou soumettre la question au College of Physicians and Surgeons of Newfoundland and Labrador, l'organisme de réglementation des médecins de la province, pour d'éventuelles mesures disciplinaires. Les résidents peuvent également communiquer directement avec le Collège s'ils estiment avoir fait l'objet d'une facturation abusive de la part de leur médecin.

En ce qui concerne le remboursement, l'article 25 de la *Medical Care and Hospital Insurance Act* confère au ministre le pouvoir de recouvrer les trop-payés et les intérêts découverts au moyen du processus de vérification. Pour ce faire, le ministre de la Santé et des Services communautaires peut conclure un accord avec le praticien ou avec son ordre professionnel, ou le ministre peut ordonner au praticien de lui payer le montant payé en trop, en plus des intérêts.

On incite les résidents souhaitant déposer une plainte concernant les soins de santé qu'ils ont reçus à appeler le coordinateur des plaintes du Collège ou à lui faire parvenir un courriel (1-709-726-8546 ou complaints@cpsnl.ca), ou à appeler la ligne d'information générale du Régime d'assurance-santé (pour la région d'Avalon : 1-866-449-4459; pour toutes autres régions : 1-800-563-1557).

Le Ministère collabore étroitement avec les établissements d'enseignement postsecondaires au sein de la province afin de conserver un nombre suffisant de professionnels de la santé. La province collabore également avec des organisations externes pour les professionnels qui n'ont pas été formés dans la province. Des mesures incitatives ciblées de recrutement sont en place pour attirer les professionnels de la santé. Plusieurs programmes ont été mis en place pour offrir des primes à la signature, des bourses, des possibilités de perfectionnement et d'autres mesures d'incitations visant un large éventail de professions de la santé.

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

Provincial Endoscopy Wait Time Strategy (stratégie provinciale sur les temps d'attente liés à l'endoscopie). Ces stratégies ont pris fin en 2017–2018 et aucune nouvelle initiative n'a été lancée en 2018–2019.

5.2 Rémunération des médecins

Les médecins de la province sont rémunérés à l'acte, perçoivent un salaire ou sont rémunérés selon d'autres modes de paiement. Au 31 mars 2019, la législation régissant les honoraires versés aux médecins et aux dentistes au titre des services assurés était la *Medical Care and Hospital Insurance Act*. Les ententes sur la rémunération sont négociées entre le gouvernement et la Newfoundland and Labrador Medical Association (NLMA), au nom des médecins, ou la Newfoundland and Labrador Dental Association (NLDA) au nom des dentistes. Un protocole d'entente a été établi avec la NLMA en décembre 2017, qui a eu pour effet d'augmenter la rémunération globale des médecins d'environ 5 %. L'entente a expiré le 30 septembre 2017, mais reste en vigueur jusqu'à la signature d'une nouvelle entente. L'entente actuelle avec la NLDA a pris fin le 31 mars 2022. L'entente a été signée avec effet au 1^{er} avril 2018, sans aucune augmentation des honoraires.

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

5.3 Paiements aux hôpitaux

Le Ministère est responsable du financement des RRS pour les opérations courantes des hôpitaux et les acquisitions d'immobilisations. Les paiements sont effectués conformément à la *Medical Care and Hospital Insurance Act*, à la *Regional Health Authorities Act* et à la *Financial Administration Act*. Dans le cadre de leurs obligations de responsabilisation à l'égard du Ministère, les RRS doivent satisfaire aux exigences du Ministère en matière de rapports annuels, qui comprennent la présentation d'états financiers vérifiés et d'autres informations financières et statistiques tout au long de l'année, au besoin.



6.0 RECONNAISSANCE ACCORDÉE AUX TRANSFERTS FÉDÉRAUX

Le financement accordé par le gouvernement fédéral au titre du Transfert canadien en matière de santé et du Transfert canadien en matière de programmes sociaux a été reconnu et signalé par le gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador dans le budget provincial annuel, par le biais de communiqués de presse, de sites Web gouvernementaux et de divers autres documents. Pour l'exercice 2018–2019, ces documents comprennent les comptes publics et le budget 2018–2019. Les comptes publics et prévisions budgétaires, déposés par le gouvernement à la Chambre d'assemblée, sont accessibles au public et transmis à Santé Canada à titre d'information.

PERSONNES INSCRITES

Année	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
1. Nombre en date du 31 mars	533 156	532 415	530 144	526 692	526 278

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE

ÉTABLISSEMENTS PUBLICS

Année	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
2. Nombre	51	51	103 ¹	104	103
3. Paiements pour des services de santé assurés (\$)	1 131 546 830	1 164 174 814	1 187 786 538	1 199 247 288	1 260 708 567

ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS À BUT LUCRATIF

Année	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
4. Nombre d'établissements privés à but lucratif offrant des services de santé assurés	1	1	1	1	1
5. Paiements aux établissements privés à but lucratif pour des services de santé assurés (\$)	914 135	899 538	899 418	939 422	1 023 737

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

Année	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
6. Nombre total de demandes, patients hospitalisés	1 773	1 607	1 549	1 515	1 648
7. Total des paiements, patients hospitalisés (\$)	22 423 411	21 928 705	25 223 361	22 013 818	26 701 044
8. Nombre total de demandes, patients externes	26 671	23 105	21 915	24 093	22 701
9. Total des paiements, patients externes (\$)	9 147 633	8 428 054	8 279 887	9 102 027	9 161 383

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA²

PRÉ-APPROUVÉS

Année	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
10. Nombre total de demandes, patients hospitalisés	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	4
11. Total des paiements, patients hospitalisés (\$)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	261 277
12. Nombre total de demandes, patients externes	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	17
13. Total des paiements, patients externes (\$)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	69 682

¹ Classification des établissements publics modifiée en 2016-2017.

² Santé Canada a demandé que ces informations soient ventilées en données pré-approuvées et non pré-approuvées à partir du rapport 2018-2019, mais n'a pas exigé des provinces ou territoires qu'ils fassent rapport sur les années précédentes.

NON PRÉ-APPROUVÉS

Année	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
14. Nombre total de demandes, patients hospitalisés	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	85
15. Total des paiements, patients hospitalisés (\$)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	85 231
16. Nombre total de demandes, patients externes	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	309
17. Total des paiements, patients externes (\$)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	31 343

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE

Année	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
18. Nombre de médecins participants ³	1 199	1 212	1 214	1 231	1 262
19. Nombre de médecins ayant opté pour le retrait du régime d'assurance-santé	0	0	0	0	0
20. Nombre de médecins non participants	0	0	0	0	0
21. Total des paiements des services médicaux rémunérés pour l'ensemble des méthodes de paiement (\$)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
22. Total des paiements des services médicaux rémunérés à l'acte (\$)	294 572 803	299 597 724	309 039 732	361 707 782	317 338 718

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS AUX RÉSIDENTS DANS UNE AUTRE PROVINCE OU UN AUTRE TERRITOIRE⁴

Année	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
23. Nombre de services	106 000	114 000	123 000	128 000	119 100
24. Total des paiements (\$)	6 836 000	6 910 000	9 124 000	8 511 000	7 885 750

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA^{2,5}

PRÉ-APPROUVÉS

Année	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
25. Nombre de services	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	2 700
26. Total des paiements (\$)	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	262 200

NON PRÉ-APPROUVÉS

Année	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
27. Nombre de services	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	non disponible
28. Total des paiements (\$)	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	non disponible

³ Excluant les médecins inactifs. Nombre de médecins salariés et rémunérés à l'acte.

⁴ Nombres arrondis au mille le plus près.

⁵ Les demandes dans le système de données de T.-N.-L. ne peuvent pas être séparées en demandes pré-approuvées ou non pré-approuvées, par conséquent, les chiffres reflètent le total des demandes et des paiements tels que déclarés pour les années précédentes.

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

Année	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
29. Nombre de dentistes participants	19	19	22	18	22
30. Nombre de dentistes ayant opté pour le retrait du régime d'assurance-santé ⁶	non disponible	non disponible	non disponible	0	0
31. Nombre de dentistes non participants ⁶	non disponible	non disponible	non disponible	0	0
32. Nombre de services fournis	1 709	3 397	4 843	4 924	5 638
33. Total des paiements (\$)	279 350	592 660	885 610	927 020	1 231 180

⁶ Santé Canada a demandé ces données à partir du rapport 2016-2017, mais n'a pas exigé des provinces ou des territoires qu'ils fassent rapport sur les années précédentes.

ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD



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

La *Health Services Act* (L.R.Î.-P.-É. 1988, ch. H-1.6) prescrit les cadres réglementaires et administratifs qui permettront d'apporter des améliorations au système de santé de l'Î.-P.-É. en :

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

Dans le cadre de cette structure de gouvernance, Santé Î.-P.-É. a la responsabilité :

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



1.0 GESTION PUBLIQUE

1.1 Régime d'assurance-santé et autorité publique

Le régime d'assurance-hospitalisation, placé sous l'autorité du ministre de la Santé et du Mieux-être (le ministre), est le mécanisme de couverture des services hospitaliers à l'Î.-P.-É. La loi habilitante à cet égard est la *Hospital and Diagnostic Services Insurance Act* (L.R.Î.-P.-É. 1988, ch. H-8). Le régime d'assurance-santé fournit des services médicaux assurés en vertu de la *Health Services Payment Act* (L.R.Î.-P.-É. 1988, ch. H-2). Les régimes assurent ensemble les services définis à l'article 2 de la *Loi canadienne sur la santé*. Le ministère de la Santé et du Mieux-être (le Ministère) est responsable des politiques, des stratégies et des aspects financiers du système de santé, tandis que Santé Î.-P.-É. est responsable de la prestation des services et de l'exploitation des hôpitaux, des centres de santé, des résidences et des établissements de santé mentale. Santé Î.-P.-É. est responsable de l'embauche des médecins, alors que la Commission de la fonction publique de l'Île-du-Prince-Édouard embauche du personnel infirmier praticien, du personnel infirmier ainsi que d'autres travailleurs de la santé.

1.2 Liens hiérarchiques

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

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

1.3 Vérification des comptes

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

En vertu de l'*Audit Act* (L.R.Î.-P.-É. 1988, ch. A-24), le vérificateur général de la province a la discrétion d'effectuer des vérifications supplémentaires de portée générale ou axées sur des programmes en particulier.



2.0 INTÉGRALITÉ

2.1 Services hospitaliers assurés

Les services hospitaliers assurés sont fournis en vertu de la *Hospital and Diagnostic Services Insurance Act*. Le règlement d'application de cette loi définit les services hospitaliers assurés fournis sans frais aux patients hospitalisés et aux patients externes admissibles. Les services hospitaliers assurés, mais qui ne sont pas limités, sont :

- › les services de soins infirmiers nécessaires;
- › les services de laboratoire et de radiologie et d'autres services de diagnostic;
- › l'hébergement et les repas au tarif de salle commune;
- › les médicaments inscrits au formulaire, les produits biologiques et les préparations connexes prescrits par un médecin traitant et administrés à l'hôpital;
- › l'utilisation des salles d'opération, des salles d'accouchement et des installations d'anesthésie;
- › les fournitures chirurgicales courantes;
- › les services de radiothérapie et de physiothérapie fournis à l'hôpital.

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

2.2 Services médicaux assurés

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

Les services médicaux assurés sont fournis par des médecins autorisés à exercer par le Collège des médecins et chirurgiens. En date du 31 mars 2019, 412 praticiens avaient facturé le régime d'assurance-santé, ce qui comprend tous les médecins – suppléants, spécialistes itinérants et les médecins faisant et ne faisant pas partie de l'effectif. En vertu de l'article 10 de la *Health Services Payment Act*, un médecin ou un praticien qui ne participe pas au régime d'assurance-santé ne peut facturer le régime pour les services fournis. Lorsqu'un médecin non participant fournit un service médicalement nécessaire, le paragraphe 10(2) exige qu'il informe ses patients qu'il ne participe pas au régime d'assurance et qu'il leur donne suffisamment d'information pour qu'ils puissent être remboursés par le Ministère. En vertu de l'article 10.1 de la *Health Services Payment Act*, un médecin ou un praticien participant peut choisir, sous réserve et en application du *Règlement*, à l'égard d'un patient ou d'un service de santé de base donné, de percevoir des honoraires en dehors du régime ou de se retirer de façon sélective du régime. Il doit alors informer les patients, avant de fournir le service, qu'ils seront facturés directement pour ce service. Lorsque des médecins font un tel choix, ils doivent en informer le ministre, et la totalité des honoraires à l'égard du service fourni est à la charge du patient.

En date du 31 mars 2019, aucun médecin n'avait choisi de se retirer du régime d'assurance-santé.

Tout service de santé de base médicalement nécessaire fourni par un médecin est couvert par le régime d'assurance-santé. Les services assurés sont :

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

L'ajout d'un service médical à la liste des services assurés nécessite des négociations entre le Ministère, Santé Î.-P.-É et la Medical Society de l'Île-du-Prince-Édouard (Î.-P.-É.). Le processus vise l'élaboration d'un plan d'activités qui, une fois approuvé par le ministre, est présenté au Conseil du Trésor pour l'approbation du financement. Les services médicaux assurés peuvent

également être ajoutés ou supprimés dans le cadre des négociations d'une nouvelle entente-cadre avec la Medical Society de l'Î.-P.-É. (article 5.2). Le Cabinet a le pouvoir final de décision en matière d'ajout de nouveaux services.

2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

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

Tout nouveau service de chirurgie dentaire ajouté à la liste de services assurés par le régime d'assurance-santé est offert dans le cadre des négociations de l'entente sur les soins dentaires conclue entre le Ministère, Santé Î.-P.-É. et l'Association dentaire de l'Î.-P.-É. En 2018-2019, aucun nouveau service n'a été ajouté à l'Entente sur les soins dentaires.

2.4 Services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

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

- › les services auxquels les patients sont admissibles en vertu d'autres lois provinciales ou fédérales;
- › les frais de kilométrage ou de déplacement, à moins qu'ils ne soient approuvés par Santé Î.-P.-É.;
- › les consultations téléphoniques, sauf celles données par un interniste, un médecin en soins palliatifs, un pédiatre, un spécialiste étant à l'extérieur de la province ou un chirurgien orthopédiste, à condition que le patient n'ait pas été vu par ce médecin dans les trois jours suivant la consultation téléphonique;
- › les examens requis pour le travail, les assurances, les études, etc.;
- › les examens, les vaccinations ou les inoculations de groupe, à moins qu'ils n'aient été autorisés au préalable par Santé Î.-P.-É.;
- › la préparation de dossiers, de rapports, de certificats ou de communications, à l'exception des certificats d'internement dans un établissement de soins psychiatriques ou de traitement pour alcooliques ou toxicomanes;
- › les témoignages en cour;
- › les cliniques santé-voyage et les dépenses;
- › les chirurgies à caractère esthétique, à moins qu'elles ne soient médicalement nécessaires;
- › les services dentaires autres que les actes compris dans les services de santé de base;
- › les pansements, les médicaments, les vaccins, les produits biologiques et le matériel connexe;
- › les lunettes et les appareils spéciaux;

- › la chiropraxie, la podologie, l'optométrie, l'ostéopathie, la naturopathie et les traitements similaires;
- › les services de physiothérapie, de psychologie, d'audiologie et d'acupuncture, à l'exception de ceux offerts en milieu hospitalier;
- › le rétablissement de la fertilité;
- › la fécondation in vitro;
- › les services fournis par une autre personne lorsque le médecin superviseur est absent ou non disponible;
- › les services fournis par un médecin à des membres de sa famille, à moins qu'il n'en ait reçu l'approbation préalable de Santé Î.-P.-É.;
- › tout autre service que le Ministère peut, sur recommandation issue des négociations entre le Ministère, Santé Î.-P.-É et la Medical Society, déclarer non assuré.

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

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

La radiation de services couverts par le régime d'assurance-santé se fait en collaboration avec le Ministère, Santé Î.-P.-É. et la Medical Society de l'Î.-P.-É. Aucun service n'a été désassuré au cours de l'exercice 2018-2019.

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

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



3.0 UNIVERSALITÉ

3.1 Admissibilité

La *Health Services Payment Act* et la *Hospital and Diagnostic Services Insurance Act* définissent respectivement l'admissibilité au régime d'assurance-santé et au régime d'assurance-hospitalisation. Ces régimes sont conçus pour offrir une couverture aux résidents admissibles de l'Île-du-Prince-Édouard (Î.-P.-É.). Le terme résident (habitant) désigne toute personne légalement autorisée à demeurer au Canada, qui élit domicile et se trouve ordinairement au moins six mois plus un jour par année à l'Î.-P.-É. Bien qu'il n'y ait pas de processus d'appel officiel, une personne peut demander des précisions au sujet de la détermination d'admissibilité.

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

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

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

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

En date du 31 mars 2019, 153 861 résidents étaient inscrits aux régimes d'assurance-santé et d'assurance des soins médicaux de l'Î.-P.-É.

3.2 Autres catégories de personnes

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

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



4.0 TRANSFÉRABILITÉ

4.1 Période d'attente minimale

Les personnes assurées qui déménagent à l'Île-du-Prince-Édouard à partir d'une autre province ou d'un autre territoire au Canada sont admissibles à l'assurance-santé le premier jour du troisième mois suivant le mois de leur arrivée dans la province.

4.2 Couverture durant des absences temporaires au Canada

Les résidents absents chaque année pour quelque raison que ce soit doivent résider à l'Île-du-Prince-Édouard pendant au moins six mois et un jour chaque année afin d'être admissibles aux services en cas de maladie subite ou d'urgence pendant qu'ils sont à l'extérieur de la province, en vertu de l'article 11 des règlements de la *Health Services Payment Act*.

Une personne, y compris un étudiant, qui s'absente de la province pendant au plus 182 jours sur une période de 12 mois doit aviser Santé Î.-P.-É. avant son départ.

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

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

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

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

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

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

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

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

4.4 Nécessité d'une approbation préalable

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



5.0 ACCESSIBILITÉ

5.1 Accès aux services de santé assurés

Le régime d'assurance-hospitalisation et le régime d'assurance-santé de l'Île-du-Prince-Édouard fournissent des services selon des modalités uniformes et n'entravent pas ni n'empêchent l'accès satisfaisant des assurés à ces services. Bien qu'il n'existe pas de processus de plaintes officiel pour les frais inappropriés, une personne peut demander des précisions sur le bien-fondé de frais au ministère de la Santé et du Mieux-être (le Ministère). On peut communiquer avec le Ministère à l'adresse suivante :

Ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Île-du-Prince-Édouard
C.P. 2000
Charlottetown, Île-du-Prince-Édouard
C1A 7N8
902-368-6414

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

Le gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard reconnaît que le système de soins de santé doit constamment s'adapter et élargir ses services pour satisfaire aux besoins de ses résidents.

Parmi les exemples de projets au cours de l'exercice 2018–2019, on trouve :

- › la mise en œuvre d'un programme de fournitures pour stomies afin d'aider à couvrir le coût des fournitures pour les patients ayant une stomie permanente;
- › l'expansion des services d'hémodialyse afin de répondre aux besoins accrus des patients et permettre un traitement communautaire;
- › l'expansion du Programme de traitement de l'hépatite C, qui traitait auparavant les patients ayant reçu un diagnostic de génotype 1 de la maladie, pour inclure le traitement des personnes ayant reçu un diagnostic des cinq autres génotypes de l'hépatite C;

- › l'élargissement de la couverture de l'assurance-santé pour inclure une variété de chirurgies confirmant le sexe;
- › l'élargissement du formulaire du régime d'assurance-médicaments de l'Î.-P.-É. pour inclure 28 nouveaux médicaments utilisés dans le traitement du cancer, de la fibrose kystique, de l'épilepsie, du TDAH, des maladies du foie et de plusieurs autres maladies;
- › l'ajout de 53 nouveaux postes d'infirmières praticiennes, d'infirmières autorisées et d'infirmières auxiliaires autorisées. Deux programmes de recrutement de personnel infirmier ont également été mis sur pied : le Programme d'encouragement au recrutement infirmier et le Programme de transition pour les infirmières et infirmiers autorisés formés à l'étranger.

5.2 Rémunération des médecins

La rémunération des médecins est établie grâce à un processus de négociation collective. Les médecins et le gouvernement nomment les membres de leurs équipes de négociation pour que leurs intérêts respectifs soient représentés. La dernière ententecadre de cinq ans entre la Medical Society de l'Î.-P.-É., le Ministère et Santé Î.-P.-É. couvrait la période du 1^{er} avril 2015 au 31 mars 2019.

Bon nombre de médecins sont encore rémunérés à l'acte. Toutefois, d'autres modes de paiement sont apparus : certains médecins sont salariés, contractuels ou rémunérés à la vacation. Ces autres modes de rémunération sont de plus en plus courants et semblent être privilégiés par les nouveaux diplômés. Actuellement, la rémunération fondée sur un autre mode de paiement (autre que la rémunération à l'acte) constitue le principal mode de rémunération pour plus de 66 % des médecins de l'Île-du-Prince-Édouard (à l'exclusion des suppléants et des spécialistes itinérants).

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

Les médecins soumettent des factures relatives aux services fournis aux résidents assurés au Système de paiement des indemnités de Santé Î.-P.-É. Ce système contient des règles de facturation harmonisées avec l'entente-cadre qui permettent de s'assurer que les factures qui ne satisfont pas aux critères de l'entente-cadre sont rejetées ou signalées aux fins d'examen. Dans le cadre du processus de surveillance de Santé Î.P.-É., les médecins sont choisis au hasard et on leur demande de fournir à Santé Î.P.-É. des documents à l'appui de la facture. L'ensemble

des factures des médecins est examiné périodiquement afin d'identifier les profils de facturation inhabituels par rapport aux autres médecins, les hausses importantes des facturations de codes d'honoraires et les irrégularités dans l'utilisation des nouveaux codes d'honoraires. Toute découverte d'irrégularité peut déclencher une vérification.

Les vérifications comprennent des étapes précises pour :

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

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

5.3 Paiements aux hôpitaux

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

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



6.0 RECONNAISSANCE ACCORDÉE AUX TRANSFERTS FÉDÉRAUX

Le gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard (Î.-P.-É.) s'efforce de reconnaître les contributions versées par le gouvernement fédéral au titre du Transfert canadien en matière de santé quand il convient de le faire. Au cours de la dernière année, il l'a fait dans des documents publics comme le Budget annuel de 2018–2019 de la province, de même que dans ses Comptes publics de 2018–2019, qui ont tous deux été déposés à l'Assemblée législative et mis à la disposition des résidents de l'Île-du-Prince-Édouard.

Le ministère de la Santé et du Mieux-être a également l'intention de souligner cette importante contribution dans son Rapport annuel de 2018–2019.

PERSONNES INSCRITES

Année	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
1. Nombre en date du 31 mars	146 170	146 930	150 194	150 990	153 861

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE

ÉTABLISSEMENTS PUBLICS

Année	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
2. Nombre	7	7	7	7	7
3. Paiements pour des services de santé assurés (\$)	206 026 400	210 797 200	218 043 400	222 523 865	227 859 554

ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS À BUT LUCRATIF

Année	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
4. Nombre d'établissements privés à but lucratif offrant des services de santé assurés	0	0	0	0	0
5. Paiements aux établissements privés à but lucratif pour des services de santé assurés (\$)	0	0	0	0	0

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

Année	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
6. Nombre total de demandes, patients hospitalisés	2 412	2 616	2 612	2 683	2 736
7. Total des paiements, patients hospitalisés (\$)	26 099 415	28 867 047	28 644 094	27 621 152	27 458 162
8. Nombre total de demandes, patients externes	19 881	20 397	19 166	20 008	19 522
9. Total des paiements, patients externes (\$)	7 385 351	7 930 682	8 234 123	8 866 851	8 667 961

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA¹

PRÉ-APPROUVÉS

Année	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
10. Nombre total de demandes, patients hospitalisés	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	0
11. Total des paiements, patients hospitalisés (\$)	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	0
12. Nombre total de demandes, patients externes	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	0
13. Total des paiements, patients externes (\$)	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	0

¹ Santé Canada a demandé que cette information soit ventilée en données préapprouvées et non préapprouvées à partir du rapport de 2018-2019, mais n'a pas exigé des provinces ou des territoires qu'ils fassent rapport sur les années précédentes.

NON PRÉ-APPROUVÉS

Année	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
14. Nombre total de demandes, patients hospitalisés	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	22
15. Total des paiements, patients hospitalisés (\$)	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	121 344
16. Nombre total de demandes, patients externes	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	100
17. Total des paiements, patients externes (\$)	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	36 992

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE

Année	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
18. Nombre de médecins participants	335	357	367	382	412
19. Nombre de médecins ayant opté pour le retrait du régime d'assurance-santé	0	0	0	0	0
20. Nombre de médecins non participants	0	0	0	0	0
21. Total des paiements des services médicaux rémunérés pour l'ensemble des méthodes de paiement (\$)	95 037 546	98 070 004	102 691 590	104 240 026	107 814 785
22. Total des paiements des services médicaux rémunérés à l'acte (\$)	59 425 077	64 477 376	65 226 925	69 491 809	72 228 583

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

Année	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
23. Nombre de services	98 980	107 666	113 338	111 377	115 918
24. Total des paiements (\$)	9 868 637	11 973 879	11 782 835	11 366 710	11 498 714

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA¹

PRÉ-APPROUVÉS

Année	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
25. Nombre de services	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	11
26. Total des paiements (\$)	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	2 584

NON PRÉ-APPROUVÉS

Année	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
27. Nombre de services	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	441
28. Total des paiements (\$)	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	26 316

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

Année	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
29. Nombre de dentistes participants	2	2	2	3	4
30. Nombre de dentistes ayant opté pour le retrait du régime d'assurance-santé ²	-	-	0	0	0
31. Nombre de dentistes non participants ²	-	-	0	0	0
32. Nombre de services fournis	446	373	365	481	401
33. Total des paiements (\$)	169 386	129 361	127 385	171 255	145 910

² Santé Canada a demandé ces données à partir du rapport 2016-2017, mais n'a pas exigé des PT qu'ils fassent rapport sur les années précédentes.

NOUVELLE-ÉCOSSE



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

- › **Vision** : Un système de santé innovateur et durable pour des générations de NéoÉcossais en santé.
- › **Mission** : Assurer le leadership du système de santé pour la prestation de soins et de traitements, la prévention des maladies et des blessures, ainsi que la promotion de la santé et d'une vie saine.

Le système de santé et de mieux-être comprend la prestation de soins ainsi que la prévention des maladies et des blessures et la promotion de la santé et d'une vie saine. La loi *Health Authorities Act* établit les rôles et les responsabilités du Ministère, de la Régie de la santé de la Nouvelle-Écosse et du Izaak Walton Killam Health Centre.

Le Ministère est chargé d'assurer un leadership et la responsabilisation en matière de financement du système de santé.

La Régie de la santé de la Nouvelle-Écosse et le Izaak Walton Killam Health Centre sont responsables de la gouvernance, de la gestion et de la prestation des services de santé dans la province ainsi que de l'engagement auprès des collectivités qu'ils desservent.

Les services assurés en Nouvelle-Écosse comprennent les services hospitaliers et les services médicaux. Les services comme les soins à domicile, les soins de longue durée et les produits pharmaceutiques sont aussi fournis.

La Nouvelle-Écosse demeure résolue à assurer la prestation des services hospitaliers et des services médicalement requis, conformément aux principes de la *Loi canadienne sur la santé*.

D'autres renseignements sur les soins de santé en Nouvelle-Écosse sont disponibles sur le site Web du [ministère de la Santé et du Mieux-être](#) (en anglais seulement).



1.0 GESTION PUBLIQUE

1.1 Régime d'assurance-santé et autorité publique

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

Le régime d'assurance hospitalisation est gérée par le ministère de la Santé et du Mieux-être de la Nouvelle-Écosse (le Ministère) et le régime MSI est géré et appliqué par Croix Bleue Medavie.

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

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

En 2018–2019, aucune modification n'a été apportée ni à la loi *Health Services and Insurance Act* (en anglais seulement) ni au règlement *Medical Services Insurance Regulations* (en anglais seulement).

1.2 Liens hiérarchiques

A. Assurance hospitalisation

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

B. Assurance médicale

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

1.3 Vérification des comptes

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

Les départements de plan de financement universitaire doivent présenter annuellement au Ministère (Services médicaux) leurs états financiers vérifiés.

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

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

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

1.4 Organisme désigné

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

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

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

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

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



2.0 INTÉGRALITÉ

2.1 Services hospitaliers assurés

La loi habilitante qui prévoit la prestation de services hospitaliers assurés en Nouvelle-Écosse est la loi *Health Services and Insurance Act*. Le règlement *Hospital Insurance Regulations* découle de la loi.

Dans le cadre du régime d'assurance hospitalisation, les services d'hospitalisation comprennent :

- › l'hébergement et la fourniture de repas en salle commune;
- › les services infirmiers nécessaires;
- › les tests de laboratoire, les examens radiologiques et les autres actes diagnostiques;
- › les fournitures chirurgicales courantes;

- › l'utilisation des salles d'opération, des salles d'accouchement et des services d'anesthésie;
- › l'utilisation, pour les patients hospitalisés, des services de radiothérapie et de physiothérapie, là où il y en a;
- › le sang ou les produits de fractionnement du sang.

Les services de consultation externe comprennent :

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

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

2.2 Services médicaux assurés

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

En date du 31 mars 2019, 2 762 médecins étaient rémunérés par l'entremise du régime MSI.

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

En date du 31 mars 2019, aucun médecin ne s'était retiré du régime.

Les services assurés comprennent les services médicalement nécessaires. En 2018–2019, des services supplémentaires ont été ajoutés à la liste des services médicaux assurés. La liste complète peut être obtenue auprès du ministère de la Santé et du Mieux-être de la Nouvelle-Écosse (le Ministère). L’approbation de nouveaux codes d’honoraires se fait régulièrement, selon les besoins, pour tenir compte d’améliorations, de nouvelles technologies ou des nouvelles façons de fournir un service.

L’ajout de nouveaux codes d’honoraires ou la modification des codes existants à la liste des services médicaux assurés s’appuie sur une structure de comité de collaboration composé du Ministère, de la Régie de la santé de la Nouvelle-Écosse et de Doctors Nova Scotia. Il n’y a habituellement pas de consultations publiques pour l’ajout ou le retrait de services médicaux assurés. Les médecins qui souhaitent faire ajouter un nouveau code d’honoraires au manuel du régime MSI doivent soumettre une demande officielle au Fee Committee (comité sur les honoraires) aux fins d’examen. Chaque demande est étudiée minutieusement. Le comité sur les honoraires (en vertu des modalités de l’accord-cadre) a le pouvoir décisionnel d’approuver les rajustements et les nouveaux honoraires en fonction du consensus et du budget disponible. Si ceux-ci sont approuvés, Croix Bleue Medavie se charge d’ajouter les nouveaux honoraires au barème des services assurés remboursables au titre du régime MSI.

2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

Pour fournir des services de chirurgie dentaire assurés en vertu de la loi *Health Services and Insurance Act*, les dentistes doivent être membres agréés de la Nova Scotia Dental Association et détenir un certificat dans une spécialité de chirurgie dentaire. Ils doivent également disposer des privilèges des autorités de santé pour la prestation de services dans des hôpitaux précis. En vertu de la loi *Health Services and Insurance Act*, un dentiste peut choisir de ne pas participer au régime MSI. Pour y participer, il doit s’inscrire au régime. Un dentiste participant qui choisit ne plus participer au régime est tenu d’en informer le régime MSI par écrit; il n’est plus autorisé par la suite à présenter des réclamations au régime. En 2018–2019, 18 dentistes ont été rémunérés par l’entremise du régime MSI pour leurs services de chirurgie dentaire assurés.

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

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

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

À l'heure actuelle, il n'y a qu'un seul dentiste qui s'est retiré du régime et aucun dentiste non-participant.

2.4 Services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

Les services hospitaliers non assurés comprennent :

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

Les services médicaux non assurés comprennent :

- › les services offerts aux résidents de la Nouvelle-Écosse assurés en vertu d'une loi de toute autre province ou territoire du Canada ou de l'étranger;
- › les services de diagnostic ou de prévention ou les autres services prodigués par un médecin dans le cadre du Nova Scotia Hospital Insurance Program ou par le Ministère ou encore par un autre organisme gouvernemental;
- › les services prodigués à la demande d'un tiers;
- › la fourniture d'une ordonnance, la requête de diagnostic ou le service thérapeutique fourni au patient sans évaluation clinique;
- › les services prodigués par un médecin aux membres de sa propre famille;
- › les services dont les fins sont uniquement esthétiques;

- › les immunisations de groupe sans approbation du régime MSI;
- › l'acupuncture;
- › l'électrolyse;
- › le rétablissement de la fécondité;
- › la fécondation in vitro;
- › les vaccins destinés aux voyageurs;
- › la circoncision des nouveau-nés;
- › la frénotomie ou la frénectomie chez les nouveau-nés;
- › l'enlèvement de cérumen, sauf chez les enfants fébriles;
- › le traitement des verrues ou d'autres problèmes de peau;
- › les consultations complètes en l'absence de signes, de symptômes ou d'antécédents familiaux de maladie ou d'incapacité;
- › les services, les fournitures et les autres matériels exclus des frais généraux de bureau, par exemple, les coûts associés aux photocopies et au transfert de dossiers;
- › les médicaments, pansements et fournitures médicales; les recommandations du médecin par téléphone, par la poste, par télécopieur ou par courriel (avec exceptions);
- › le kilométrage ou le temps de déplacement.

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

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

Le Ministère examine attentivement toutes les plaintes de patients et se penchent sur les préoccupations du public qui pourraient indiquer que les principes généraux des services assurés ne sont pas respectés.

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



3.0 UNIVERSALITÉ

3.1 Admissibilité

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

En 2018-2019, une personne est considérée comme étant « habituellement présente » en Nouvelle-Écosse si :

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

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

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

En 2018-2019, 1 034 476 résidents au total étaient inscrits au régime d'assurance-santé de la province.

3.2 Autres catégories de personnes

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

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

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

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

En 2018-2019, 52 014 résidents permanents étaient inscrits au régime d'assurance-santé.

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

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

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

En 2018-2019, 5 726 titulaires d'une autorisation d'emploi étaient couverts par le régime d'assurance-santé.

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

En 2018–2019, 1 734 titulaires d'un permis d'études étaient couverts par le régime d'assurance-santé.



4.0 TRANSFÉRABILITÉ

4.1 Période d'attente minimale

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

4.2 Couverture durant des absences temporaires au Canada

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

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

Les travailleurs qui s'absentent de la Nouvelle-Écosse pour chercher un emploi ailleurs demeurent admissibles au régime MSI pendant une période maximale de douze mois, à condition qu'ils n'établissent pas leur résidence dans une autre province ou un autre territoire. Les services fournis aux résidents de la Nouvelle-Écosse dans une autre province ou un territoire sont couverts par des ententes de réciprocité. La Nouvelle-Écosse participe à l'entente de facturation réciproque des soins hospitaliers et à l'entente de facturation réciproque des soins médicaux. Le Québec est la seule province qui ne participe pas à l'entente de facturation réciproque des soins médicaux. La Nouvelle-Écosse paie, aux tarifs du Québec, les services assurés fournis par les médecins de cette province aux résidents de la Nouvelle-Écosse, si ces services sont aussi assurés en Nouvelle-Écosse. La majorité des réclamations de ce genre sont reçues directement des médecins du Québec. Les services hospitaliers fournis à des patients hospitalisés sont payés en vertu de l'entente de facturation réciproque interprovinciale au coût normalisé d'hospitalisation en salle commune de l'hôpital ayant fourni le service. Dans tous les cas visés par l'entente de facturation réciproque, la Nouvelle-Écosse paie les tarifs de la province ayant fourni les services assurés.

Le montant total payé par le régime en 2018–2019 pour les services hospitaliers et les services de consultation externe fournis dans d'autres provinces et territoires a atteint 35 595 008 \$.

Les résidents de la Nouvelle-Écosse continuent d'être admissibles aux services assurés dans le cadre du Régime d'assurance-santé pendant leurs vacances à l'extérieur de la province. Cela permet aux résidents de la Nouvelle-Écosse de prendre des vacances à l'extérieur de la province pour un total allant jusqu'à sept mois par année et ceux-ci continueront à être considérés comme résidents s'ils satisfont aux critères suivants :

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

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

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

Les résidents de la Nouvelle-Écosse continuent d'être admissibles aux services assurés dans le cadre du Régime d'assurance-santé pendant leurs vacances à l'extérieur du pays. Cela permet aux résidents de la Nouvelle-Écosse de prendre des vacances à l'extérieur de la province pour un total allant jusqu'à sept mois par année et ceux-ci continueront à être considérés en tant que résident si les conditions susmentionnées sont remplies.

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

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

Le montant total des dépenses en 2018–2019 pour les services aux patients hospitalisés assurés fournis à l'extérieur du Canada a atteint 2 718 227 \$. La Nouvelle-Écosse ne couvre pas les soins en consultation externe à l'extérieur du pays.

4.4 Nécessité d'une approbation préalable

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

dans une autre province ou n'est fourni qu'à l'étranger. Sa décision est communiquée au spécialiste qui veut adresser le patient à l'étranger. Si l'approbation est accordée, le service est entièrement couvert par le régime MSI. Un examen administratif peut être demandé pour les personnes jugées inadmissibles.



5.0 ACCESSIBILITÉ

5.1 Accès aux services de santé assurés

L'article 3 de la loi *Health Services and Insurance Act* stipule que, sous réserve des dispositions de cette Loi et de son Règlement, tous les résidents de la province ont le droit de recevoir des services hospitaliers assurés selon des modalités uniformes, et ils sont assurés selon des modalités uniformes concernant le paiement des services professionnels assurés jusqu'au tarif établi. Il n'y a pas de frais d'utilisation ni de surfacturation permis par le régime. En Nouvelle-Écosse, il n'existe pas de numéro ou de site Web où l'on peut rapporter des cas de frais imposés aux patients. Les plaintes sont généralement envoyées soit directement au ministère de la Santé et du Mieux-être par téléphone ou par courriel; soit à Croix Bleue Medavie et ensuite transmises au Ministère; ou soit envoyées au College of Physicians and Surgeons of Nova Scotia. Les plaintes font l'objet d'une enquête et sont traitées.

Les coordonnées pour communiquer avec le service de renseignements généraux du ministère de la Santé et du Mieux-être sont les suivantes :

Au téléphone : 902-424-5818

1-800-387-6665 (sans frais en Nouvelle-Écosse)

1-800-670-8888 (ATS/ATME)

Par la poste : Ministère de la Santé et du Mieux-être

C.P. 488

Halifax, NS B3J 2R8

Par courriel : MSI@medavie.ca

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

5.2 Rémunération des médecins

La loi *Health Services and Insurance Act*, Revised Statutes of Nova Scotia, chapitre 197, régit la rémunération des médecins et des dentistes pour les services assurés. Les rémunérations sont versées aux médecins conformément à une entente négociée entre Doctors Nova Scotia (le seul agent négociateur des médecins) et le Ministère. La rémunération à l'acte demeure le mode de paiement des services médicaux le plus répandu; toutefois, nous constatons toujours une croissance de la part des paiements totaux versés aux médecins par l'entremise d'autres modes de paiement.

Au cours de l'exercice 1997–1998, environ 9 % des médecins étaient rémunérés uniquement au moyen d'autres modes de financement. En 2018–2019, environ 26 % des médecins étaient exclusivement rémunérés par le biais d'un autre mode de financement. Environ 71 % des médecins de la Nouvelle-Écosse sont rémunérés en totalité ou en partie par l'entremise d'autres modes de financement, comme des ententes de financement avec des cliniques universitaires pour la prestation de services cliniques, académiques, administratifs et de recherche, et d'autres modes de rémunération pour les médecins et les groupes qui offrent un financement garanti aux médecins pour des services cliniques et des services de soutien spécifiques aux patients (p. ex. renforcement des capacités, planification des systèmes). D'autres programmes de financement, comme les accords pour services d'urgences et la rémunération à la séance de consultation, sont également utilisés dans l'ensemble de la province.

En Nouvelle-Écosse, le paiement et la surveillance des paiements sont confiés à la Nova Scotia Medical Services Insurance (MSI). Chaque année, le régime MSI élabore un plan de vérification et des vérifications sont effectuées en fonction de l'analyse des risques, des préoccupations soulevées dans les lettres de vérification des services et des rapports de facturation spéciaux pour certains services à risque. Le mandat de la fonction de vérification est de déterminer, après paiement, si les réclamations sont valides et facturées de façon appropriée conformément aux modalités des ententes tarifaires et du préambule du médecin. Une surveillance après paiement est effectuée pour déterminer si les services assurés ont été fournis, si les services étaient médicalement nécessaires et s'ils ont été présentés de façon inexacte dans les demandes de paiement.

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

5.3 Paiements aux hôpitaux

Le Ministère fixe les objectifs budgétaires des services de soins de santé. Pour ce faire, il reçoit les plans d'activités de la Régie de la santé de la Nouvelle-Écosse, du Izaak Walton Killam Health Centre et d'organisations autres que les autorités de santé de district. Le budget provincial détermine les paiements qui seront versés à ces organisations pour la prestation des services.

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

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

En 2018–2019, la Nouvelle-Écosse comptait 2 961 lits (soit 3,2 lits pour 1 000 résidents). Les dépenses directes du Ministère pour les coûts de fonctionnement des services hospitaliers assurés étaient de 1 862 969 024 \$.



6.0 RECONNAISSANCE ACCORDÉE AUX TRANSFERTS FÉDÉRAUX

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

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

- › les comptes publics de 2017–2018 publiés le 26 juillet 2018;
- › les prévisions budgétaires et des renseignements supplémentaires pour 2018–2019 publiés le 25 juillet 2019.

PERSONNES INSCRITES

Année	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
1. Nombre en date du 31 mars	1 001 708	1 008 726	1 012 642	1 020 007	1 034 476

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE

ÉTABLISSEMENTS PUBLICS

Année	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
2. Nombre	35	35	35	35	35
3. Paiements pour des services de santé assurés (\$)¹	1 735 234 990	1 720 856 746	1 790 425 313	1 862 969 024	1 917 181 492

ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS À BUT LUCRATIF

Année	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
4. Nombre d'établissements privés à but lucratif offrant des services de santé assurés²	0	0	0	0	0
5. Paiements aux établissements privés à but lucratif pour des services de santé assurés (\$)	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet

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

Année	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
6. Nombre total de demandes, patients hospitalisés	2 020	2 019	1 882	2 995	2 934
7. Total des paiements, patients hospitalisés (\$)	17 984 193	19 022 461	19 801 011	19 474 523	19 879 822
8. Nombre total de demandes, patients externes	41 207	40 344	37 910	39 706	40 361
9. Total des paiements, patients externes (\$)	13 352 105	14 174 680	14 428 730	15 209 411	15 715 186

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA³

PRÉ-APPROUVÉS

Année	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
10. Nombre total de demandes, patients hospitalisés	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
11. Total des paiements, patients hospitalisés (\$)	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	2 386 348
12. Nombre total de demandes, patients externes	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
13. Total des paiements, patients externes (\$)	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet

¹ Cela reflète les paiements effectués aux établissements publics mentionnés pour l'indicateur 2 ci-dessus.

² Scotia Surgery n'est pas considéré comme un établissement privé; il est désigné comme un hôpital en vertu de la Loi sur les régies de la santé (financé par le ministère de la Santé et du Mieux-être). La régie de la santé de la Nouvelle-Écosse (NSHA) loue la capacité disponible à Scotia Surgery. Les interventions effectuées à Scotia Surgery sont programmées par le personnel de la NSHA et réalisées par des chirurgiens du système public. Scotia Surgery ne participe pas à la gestion des horaires des médecins ou des patients. Les patients sont inscrits à l'horaire en fonction des mêmes critères que ceux utilisés pour l'établissement des horaires dans les autres emplacements de la zone centrale.

³ Santé Canada a demandé que cette information soit ventilée en données préapprouvées et non préapprouvées à partir du rapport de 2018-2019, mais n'a pas exigé des provinces ou des territoires qu'ils fassent rapport sur les années précédentes.

NON PRÉ-APPROUVÉS

Année	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
14. Nombre total de demandes, patients hospitalisés	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
15. Total des paiements, patients hospitalisés (\$)	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	331 879
16. Nombre total de demandes, patients externes	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
17. Total des paiements, patients externes (\$)	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE

Année	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
18. Nombre de médecins participants ³	2 580	2 602	2 562	2 688	2 672
19. Nombre de médecins ayant opté pour le retrait du régime d'assurance-santé	0	0	0	0	0
20. Nombre de médecins non participants	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
21. Total des paiements des services médicaux rémunérés pour l'ensemble des méthodes de paiement (\$)	730 417 814	740 465 887	735 418 537	769 657 951	800 367 900
22. Total des paiements des services médicaux rémunérés à l'acte (\$)	317 048 025	378 290 569	377 118 049	352 410 103	357 558 840

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS AUX RÉSIDENTS DANS UNE AUTRE PROVINCE OU UN AUTRE TERRITOIRE⁴

Année	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
23. Nombre de services	210 771	222 026	220 932	215 616	221 096
24. Total des paiements (\$)	8 884 002	9 304 321	9 167 527	9 023 845	9 292 479

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA

PRÉ-APPROUVÉS

Année	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
25. Nombre de services	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	38
26. Total des paiements (\$)	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	119 968

NON PRÉ-APPROUVÉS

Année	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
27. Nombre de services	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	1 971
28. Total des paiements (\$)	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	121 608

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

Année	2014–2015	2015–2016	2016–2017	2017–2018	2018–2019
29. Nombre de dentistes participants	25	28	26	19	18
30. Nombre de dentistes ayant opté pour le retrait du régime d'assurance-santé ⁴	sans objet	sans objet	0	0	1
31. Nombre de dentistes non participants ⁴	sans objet	sans objet	0	0	0
32. Nombre de services fournis ⁵	8 492	8 591	7 713	8 123	9 543
33. Total des paiements (\$) ⁶	1 442 994	1 401 379	1 342 014	1 422 086	1 427 177

⁴ Santé Canada a demandé ces données à partir du rapport de 2016–2017, mais n'a pas exigé des provinces ou des territoires qu'ils fassent rapport sur les années précédentes.

⁵ Le total des services comprend le financement global offert aux dentistes. Cela comprend également les chirurgies maxillo-faciales et les fentes palatines.

⁶ Le total des paiements ne comprend pas le financement global offert aux dentistes.

NOUVEAU-BRUNSWICK



1.0 GESTION PUBLIQUE

1.1 Régime d'assurance-santé et autorité publique

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

1.2 Liens hiérarchiques

La direction de l'Assurance-maladie et services aux médecins du Ministère est chargé de gérer le régime de services médicaux. Le ministre rend des comptes à l'Assemblée législative dans le rapport annuel du Ministère et par le biais des processus législatifs réguliers.

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

1.3 Vérification des comptes

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

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

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

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



2.0 INTÉGRALITÉ

2.1 Services hospitaliers assurés

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

Les services assurés fournis aux patients hospitalisés comprennent :

- › le logement et les repas;
- › les soins infirmiers;
- › les examens de laboratoire et les actes diagnostiques;
- › les médicaments;
- › l'utilisation des installations (p. ex. de chirurgie, de radiothérapie et de physiothérapie);
- › les services fournis par des professionnels au sein de l'établissement.

Les services externes assurés comprennent :

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

Aucun nouveau service assuré n'a été ajouté en 2018–2019.

2.2 Services médicaux assurés

La *Loi sur le paiement des services médicaux* et son Règlement connexe énoncent les services médicaux assurés. Au 31 mars 2019, on comptait 1 734 médecins au Nouveau-Brunswick. Aucun médecin offrant des services de santé n'a choisi de se retirer du régime de services médicaux. Les médecins qui renoncent à l'assurance-maladie doivent remplir le formulaire prévu à cet effet et y indiquer le montant facturé au patient. Le bénéficiaire demande ensuite un remboursement en attestant, dans son formulaire de demande de remboursement, que les services ont été reçus, puis il envoie sa demande aux bureaux de l'assurance-maladie. Les frais ne doivent pas excéder le tarif de l'assurance-maladie. Si les frais excèdent le tarif de l'assurance-maladie, le médecin doit fournir les renseignements suivants au patient avant de lui fournir le service :

- › il se retire du régime et les frais excèdent le tarif de l'assurance-maladie;
- › en acceptant de recevoir les services dans ces conditions, le patient renonce à tous ses droits d'obtenir un remboursement de l'assurance-maladie;

- › le patient a le droit d'obtenir des services d'un autre médecin qui participe au régime de services médicaux;
- › le médecin doit obtenir une renonciation signée du patient sur le formulaire spécifié et envoyer ce formulaire aux bureaux de l'assurance-maladie.

Les services pour lesquels les résidents sont couverts par l'assurance-santé comprennent :

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

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

En 2018–2019, aucun service n'a été ajouté à la liste des services assurés.

2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

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

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

En date du 31 mars 2019, dix dentistes et chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux fournissaient des services assurés en vertu du régime de services médicaux.

En 2018–2019, aucun service n'a été ajouté à la liste des services assurés dans le cadre de ce processus.

2.4 Services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

Les services hospitaliers non assurés comprennent :

- › les médicaments à apporter à la maison;

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

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

- › la chirurgie plastique facultative ou autres services à des fins esthétiques;
- › la correction d'un mamelon inversé;
- › l'augmentation mammaire;
- › l'otoplastie pour les personnes de plus de 18 ans;
- › l'ablation de lésions cutanées mineures, sauf si elles sont effectivement précancéreuses ou soupçonnées de l'être;
- › l'avortement, sauf lorsqu'il est pratiqué dans un établissement hospitalier agréé par la province ou le territoire où cet établissement est situé;
- › l'assistance chirurgicale pour la chirurgie de la cataracte, sauf si l'assistance est requise en raison d'un risque d'échec opératoire autre que le risque inhérent à l'extraction même de la cataracte, à cause de la présence d'une maladie ou d'une autre complication;
- › les médicaments, le matériel, les fournitures de chirurgie ou les prothèses;
- › les consultations ou les renouvellements d'ordonnance par téléphone qui ne sont pas expressément prévus dans le Cahier des tarifs;
- › les examens de dossiers médicaux ou les certificats demandés par un tiers ou d'autres services prescrits par les règlements administratifs régissant l'hôpital ou le personnel médical;
- › les services dentaires fournis par un médecin ou un chirurgien buccal et maxillo-facial;
- › les services qui sont généralement considérés au Nouveau-Brunswick comme expérimentaux ou qui sont fournis à titre de recherche appliquée;
- › les services fournis conjointement ou en rapport avec les services ci-dessus;
- › les témoignages devant une cour ou tout autre tribunal;

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

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

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

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

En 2018–2019, aucun service n'a été retiré de la liste des services assurés.



3.0 UNIVERSALITÉ

3.1 Admissibilité

Les articles 3 et 4 de la *Loi sur le paiement des services médicaux* et du Règlement 84–20 définissent l'admissibilité au régime d'assurance-santé du Nouveau-Brunswick. Les résidents doivent remplir une demande à l'assurance-santé et fournir une preuve d'identité, une preuve de résidence, une preuve de citoyenneté canadienne, ou un document d'immigration canadien valide. Un 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; sont exclus les touristes, les personnes de passage et les visiteurs dans la province.

Au 31 mars 2019, 775 093 personnes étaient inscrites au régime du Nouveau-Brunswick.

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

Les cas qui suivent font exception :

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

- › Les non-Canadiens titulaires d'un permis d'étude. Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada exige des documents appropriés ainsi qu'une preuve d'inscription à une université du Nouveau-Brunswick ou d'un autre établissement d'enseignement approuvé.

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

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

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

3.2 Autres catégories de personnes

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

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



4.0 TRANSFÉRABILITÉ

4.1 Période d'attente minimale

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

4.2 Couverture durant des absences temporaires au Canada

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- › une demande écrite doit être soumise;
- › il faut fournir de la documentation attestant le statut de travailleur mobile, comme une lettre de l'employeur ou un contrat confirmant la nécessité de déplacements fréquents à l'extérieur de la province :
 - › une lettre du résident précisant que sa résidence permanente est située au Nouveau-Brunswick et indiquant à quelle fréquence il revient dans la province;
 - › une copie du permis de conduire du Nouveau-Brunswick,
 - › si la personne travaille à l'extérieur du Canada, une copie des documents d'immigration qui l'autorisent à travailler à l'extérieur du pays;
- › le travailleur doit retourner au Nouveau-Brunswick pendant ses congés.

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

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

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

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

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

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

4.4 Nécessité d'une approbation préalable

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

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

- › le service requis ou un service équivalent, ou un autre service n'est pas disponible au Canada;
- › le service est fourni dans un hôpital figurant sur la liste de l'édition courante de l'American Hospital Association Guide to the Health Care Field (guide des hôpitaux des États-Unis, des systèmes de soins de santé, des réseaux, des alliances, des organismes de santé, des agences et des fournisseurs de soins);
- › le service est fourni par un médecin;

- › le service constitue une méthode de traitement acceptée reconnue par la communauté médicale et doit être considéré par la communauté médicale comme scientifiquement fondé au Canada. Les interventions expérimentales ne sont pas couvertes.

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

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

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

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

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



5.0 ACCESSIBILITÉ

5.1 Accès aux services de santé assurés

Le système de santé du Nouveau Brunswick offre des soins de qualité équitables à sa clientèle. Au Nouveau-Brunswick aucuns frais ne sont permis pour des services de santé assurés, conformément à la *Loi canadienne sur la santé*. Le Nouveau-Brunswick utilise une approche rigoureuse fondée sur des commentaires afin de déterminer les préoccupations particulières des citoyens sur une vaste gamme d'enjeux en santé. Au cours d'un mois typique de l'exercice 2018–2019, le ministère de la Santé a reçu, inscrit et répondu à quelque 100 à 150 commentaires de Néo-Brunswickois sur des enjeux dont l'accès aux soins primaires ou spécialisés, les approbations pharmaceutiques, l'accès aux services dans la langue de choix du citoyen, les temps d'attente pour des services particuliers, la structure de programmes spécifiques, etc.

Le site Web du ministère fournit plusieurs mécanismes dans le but de faire de tels commentaires, y compris des adresses postales, des adresses électroniques, des numéros de téléphone et un service de messagerie en ligne. Au cours de l'exercice 2018–2019, aucun commentaire concernant la surfacturation et les frais modérateurs n'a été reçu.

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

L'amélioration de l'accès aux soins primaires et aux soins de courte durée est un objectif permanent du système de santé du Nouveau-Brunswick. Pour appuyer cet objectif, le gouvernement a annoncé un certain nombre d'investissements en 2018–2019 dans le but d'améliorer l'accès aux services de santé. Ces investissements sont les suivants :

- › Investir de façon continue environ 16 millions de dollars par année pour ajouter 25 nouveaux spécialistes au système de santé du Nouveau-Brunswick, dans le but de réduire les temps d'attente. Ces investissements s'ajoutent à l'annonce antérieure de l'ajout de 25 nouveaux médecins de famille, afin d'améliorer l'accessibilité;
- › Un investissement de 6,4 millions de dollars dans l'expansion des équipes de traitement communautaire dynamique afin d'offrir un soutien multidisciplinaire aux personnes aux prises avec d'importants problèmes de santé mentale;
- › La publication du « Cadre de soins palliatifs du Nouveau-Brunswick » et des investissements dans la construction de centres de soins palliatifs et les soins palliatifs à Fredericton, Saint John, Moncton et Miramichi.

5.2 Rémunération des médecins

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

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

5.3 Paiements aux hôpitaux

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

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

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

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



6.0 RECONNAISSANCE ACCORDÉE AUX TRANSFERTS FÉDÉRAUX

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

PERSONNES INSCRITES

Année	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
1. Nombre en date du 31 mars	750 691	754 522	761 157	767 562	775 093

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE

ÉTABLISSEMENTS PUBLICS

Année	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
2. Nombre	61	62	62	62	64
3. Paiements pour des services de santé assurés (\$)	1 876 686 329	1 666 482 214	1 704 602 299	1 778 140 499	1 933 194 385

ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS À BUT LUCRATIF

Année	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
4. Nombre d'établissements privés à but lucratif offrant des services de santé assurés	0	0	0	0	0
5. Paiements aux établissements privés à but lucratif pour des services de santé assurés (\$) ¹	0	0	0	0	0

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

Année	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
6. Nombre total de demandes, patients hospitalisés	4 797	4 972	4 552	4 524	4 517
7. Total des paiements, patients hospitalisés (\$)	51 379 027	52 181 789	46 528 311	50 506 502	47 646 790
8. Nombre total de demandes, patients externes	52 050	53 344	50 434	49 939	50 858
9. Total des paiements, patients externes (\$)	18 669 203	20 046 048	20 857 748	21 199 404	21 711 066

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA²

PRÉ-APPROUVÉS

Année	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
10. Nombre total de demandes, patients hospitalisés	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	5
11. Total des paiements, patients hospitalisés (\$)	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	12 555
12. Nombre total de demandes, patients externes	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	16
13. Total des paiements, patients externes (\$)	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	37 319

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

² Santé Canada a demandé que ces informations soient ventilées en données pré-approuvées et non pré-approuvées à partir du rapport 2018-2019, mais n'a pas exigé des provinces ou territoires qu'ils fassent rapport sur les années précédentes.

NON PRÉ-APPROUVÉS

Année	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
14. Nombre total de demandes, patients hospitalisés	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	101
15. Total des paiements, patients hospitalisés (\$)	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	68 869
16. Nombre total de demandes, patients externes	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	624
17. Total des paiements, patients externes (\$)	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	245 165

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE

Année	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
18. Nombre de médecins participants ³	1 631	1 652	1 666	1 742	1 734
19. Nombre de médecins ayant opté pour le retrait du régime d'assurance-santé	0	0	0	0	0
20. Nombre de médecins non participants	0	0	0	0	0
21. Total des paiements des services médicaux rémunérés pour l'ensemble des méthodes de paiement (\$) ⁴	581 071 156	589 156 558	598 757 372	616 104 222	637 821 346
22. Total des paiements des services médicaux rémunérés à l'acte (\$)	328 951 360	362 601 062	373 715 908	381 321 118	393 236 955

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS AUX RÉSIDENTS DANS UNE AUTRE PROVINCE OU UN AUTRE TERRITOIRE²

Année	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
23. Nombre de services	215 167	247 273	226 812	225 177	218 578
24. Total des paiements (\$)	20 746 216	24 675 343	23 067 671	22 061 956	22 167 200

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA

PRÉ-APPROUVÉS

Année	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
25. Nombre de services	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	547
26. Total des paiements (\$)	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	25 142

NON PRÉ-APPROUVÉS

Année	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
27. Nombre de services	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	2 955
28. Total des paiements (\$)	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	296 008

³ Nombre de médecins participant activement au régime le 31 mars de chaque année.

⁴ Total des paiements pour l'ensemble des modes de rémunération.

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

Année	2014–2015	2015–2016	2016–2017	2017–2018	2018–2019
29. Nombre de dentistes participants ⁵	10	9	11	13	10
30. Nombre de dentistes ayant opté pour le retrait du régime d'assurance-santé ⁶	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
31. Nombre de dentistes non participants ⁶	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
32. Nombre de services fournis	1 719	1 607	1 623	1 788	1 601
33. Total des paiements (\$)	319 051	273 686	343 764	379 857	314 903

⁵ Nombre de dentistes et de spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale (CBMF) participant au régime des services médicaux du Nouveau-Brunswick chaque exercice. Au Nouveau-Brunswick, l'assurance-maladie ne couvre pas les services dentaires de routine. Par conséquent, peu de dentistes et de spécialistes en CMF sont inscrits. Seulement quelques services dentaires d'urgence effectués dans des hôpitaux sont couverts par le régime d'assurance-maladie.

⁶ Santé Canada a demandé cette donnée à partir du rapport de 2016–2017, mais n'a pas demandé aux provinces ni aux territoires de la rapporter pour les années précédentes. En général, le régime d'assurance-maladie du Nouveau-Brunswick ne fait pas le suivi des dentistes dans la province.

QUÉBEC



1.0 GESTION PUBLIQUE

1.1 Régime d'assurance-santé et autorité publique

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

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

1.2 Liens hiérarchiques

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

1.3 Vérification des comptes

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



2.0 INTÉGRALITÉ

2.1 Services hospitaliers assurés

Les services assurés aux personnes hospitalisées comprennent :

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

Les services de consultation externe comprennent :

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

D'autres services sont assurés :

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

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

En plus des services de santé assurés de base, la Régie couvre également :

- › les services optométriques pour les personnes de moins de 18 ans et de 65 ans et plus et les prestataires d'une aide de dernier recours;
- › les services dentaires pour les enfants de moins de 10 ans; et
- › les prestataires d'une aide financière de dernier recours, et les prothèses dentaires acryliques pour les prestataires d'une aide financière de derniers recours¹.

Elle couvre aussi, pour les habitants du Québec au sens de la *Loi sur l'assurance maladie* (L.R.Q.; c. A-29) remplissant les critères d'admissibilité propres à chaque programme :

- › les prothèses;
- › les orthèses;

¹ Services couverts pour les prestataires d'aide de dernier recours depuis 12 mois et plus.

- › les appareils orthopédiques;
- › les aides à la locomotion et à la posture;
- › les prothèses auditives;
- › les aides de suppléance à l'audition et les aides visuelles.

Cette couverture s'applique exclusivement aux aides et appareils prévus aux règlements. Une aide financière est accordée pour les prothèses mammaires externes, les prothèses oculaires, les appareils fournis aux personnes stomisées ainsi que les vêtements de compression pour les personnes atteintes de lymphœdème.

Par ailleurs, en matière d'assurance médicaments, depuis le 1^{er} janvier 1997, la Régie couvre, outre les prestataires d'une aide financière de dernier recours et les personnes âgées de 65 ans ou plus, les résidents du Québec qui autrement n'auraient pas accès à un régime privé d'assurance médicaments. En 2018–2019, le régime public d'assurance médicaments couvrait 3,6 millions de personnes assurées.

2.2 Services médicaux assurés

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

Sont également assurés :

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

2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

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

2.4 Services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

Les services hospitaliers non assurés comprennent :

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

Les services suivants ne sont pas considérés comme assurés notamment :

- › tout examen ou service non relié à un processus de guérison ou de prévention de la maladie;
- › la psychanalyse sous toutes ses formes, à moins que ce type de service ne soit rendu dans un établissement autorisé à cette fin par le ministre de la Santé et des Services sociaux;
- › tout service dispensé à des fins purement esthétiques;
- › toute chirurgie réfractive, sauf dans les cas où il y a eu échec documenté au port de verres correcteurs ou de lentilles cornéennes pour de l'astigmatisme de plus de 3,00 dioptries ou de l'anisométrie de plus de 5,00 dioptries, toute consultation par voie de télécommunication ou par correspondance, sauf les services de télésanté visés par la Loi sur les services de santé et les services sociaux;
- › tout service rendu par un professionnel à son conjoint ou à ses enfants;
- › tout examen, toute expertise, tout témoignage, tout certificat ou toute autre formalité lorsqu'ils sont requis aux fins de la justice ou par une personne autre que celle qui a reçu un service assuré, sauf dans certains cas;
- › toute visite faite dans le seul but d'obtenir le renouvellement d'une ordonnance;
- › tout examen, tout vaccin, toute immunisation et toute injection lorsque le service est rendu à un groupe ou fourni à certaines fins;
- › tout service rendu par un professionnel sur la base d'une entente ou d'un contrat avec un employeur, une association ou un organisme;
- › tout ajustement de lunettes ou de lentilles cornéennes;
- › toute ablation chirurgicale d'une dent ou d'un fragment dentaire faite par un médecin, à moins qu'un tel service ne soit rendu dans un centre hospitalier dans certains cas;
- › tous les actes d'acupuncture;
- › l'injection de substances sclérosantes et l'examen dispensé à cette occasion;
- › la mammographie utilisée à des fins de dépistage, à moins que ce service ne soit rendu sur ordonnance médicale dans un lieu désigné par le ministre dans l'un ou l'autre des cas, soit à une bénéficiaire âgée de 35 ans ou plus et à la condition qu'un tel examen n'ait pas été subi par cette personne depuis un an;
- › la thermographie, la tomodensitométrie, l'imagerie par résonance magnétique et l'usage des radionucléides in vivo chez l'humain, à moins que ces services ne soient rendus dans un centre hospitalier;
- › l'ultrasonographie, à moins que ce service ne soit rendu, soit dans un centre hospitalier ou par un radiologiste ou encore, à des fins obstétricales, dans un centre local de services communautaires reconnu à cet effet;

- › la tomographie optique du globe oculaire et l’ophtalmoscopie confocale par balayage laser du nerf optique, à moins que ces services ne soient rendus dans une installation maintenue par un établissement qui exploite un centre hospitalier ou qu’ils ne soient rendus dans le cadre du service d’injection intravitréenne d’un médicament antiangiogénique en vue du traitement de certaines pathologies;
- › tout service de radiologie ou d’anesthésie rendu par un médecin, s’il est requis en vue de dispenser un service non assuré, à l’exception d’un service dentaire rendu dans un centre hospitalier, ou dans le cas d’un service de radiologie, s’il est requis par une personne autre qu’un médecin ou un dentiste;
- › tout service de chirurgie transsexuelle, à moins qu’il ne soit rendu sur recommandation d’un médecin spécialiste en psychiatrie et dans un centre hospitalier reconnu à cet effet;
- › tout service qui n’est pas associé à une pathologie et qui est rendu par un médecin à un bénéficiaire ayant entre 18 et 65 ans, à moins que ce bénéficiaire ne détienne un carnet de réclamation pour un problème de daltonisme ou de réfraction, dans le but d’obtenir ou de renouveler une ordonnance pour des lunettes ou des lentilles cornéennes;
- › tout service de procréation assistée, sauf les services d’insémination artificielle y compris les services de stimulation ovarienne visés par la Loi.



3.0 UNIVERSALITÉ

3.1 Admissibilité

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

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

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

3.2 Autres catégories de personnes

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

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

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

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

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



4.0 TRANSFÉRABILITÉ

4.1 Période d'attente minimale

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

4.2 Couverture durant des absences temporaires hors du Québec

Lorsqu'ils séjournent 183 jours ou plus à l'extérieur du Québec dans une province ou un territoire et pourvu qu'ils en avisent la Régie, les étudiants et les stagiaires à temps complet et sans rémunération peuvent conserver leur statut de résident du Québec :

- › dans le premier cas pendant au plus quatre années civiles consécutives;
- › dans le deuxième cas, pendant au plus deux années civiles consécutives.

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

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

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

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

4.3 Remboursement des services professionnels reçus hors du Québec

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

Le service rendu doit être un service assuré au sens de la Loi. Aucun remboursement n'est effectué pour tout service de nature expérimentale.

4.4 Remboursement des services hospitaliers reçus au Canada

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

4.5 Remboursement des services hospitaliers hors du Canada

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

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

Pour les résidents qui ne se trouvent pas dans l'une des situations précédentes et qui reçoivent des services assurés dans un centre hospitalier situé hors du Canada, la Régie rembourse le prix de ces services, lorsqu'ils sont devenus nécessaires à cause d'une maladie subite ou d'une situation urgente, jusqu'à concurrence d'un montant de 100 \$ CA par jour s'il y a eu hospitalisation, y compris le cas d'une chirurgie d'un jour, ou jusqu'à concurrence d'un montant de 50 \$ CA par jour pour les soins dispensés sur une base externe. Toutefois, les traitements d'hémodialyse sont payés jusqu'à concurrence de 220 \$ CA par traitement. 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.

4.6 Nécessité d'une approbation préalable

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

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

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



5.0 ACCESSIBILITÉ

5.1 Accès aux services de santé assurés

Toute personne a le droit de recevoir des services de santé adéquats sans discrimination d'aucune sorte. Au Québec, la *Loi sur l'assurance maladie* ne permet pas l'imposition de frais modérateurs. Elle interdit de plus à toute personne d'exiger ou de recevoir tout paiement d'une personne pour des frais accessoires à un service assuré, sauf dans des cas prescrits par règlement

et aux conditions qui y sont mentionnées. Si une personne croit que des frais lui ont été facturés à tort, elle peut en demander le remboursement à la Régie qui déterminera si les sommes ont été injustement payées. Le cas échéant, la Régie remboursera la personne assurée et récupèrera la somme auprès du professionnel de la santé ou de la clinique concernée. Il est également possible de rembourser les personnes assurées qui n'ont pas faits de demandes de remboursement si la Régie constate que des frais leurs ont été facturés illégalement.

Une situation qui semble illégale concernant les frais facturés à une personne assurée peut aussi être dénoncée à la Régie qui, après vérification, donnera les suites appropriées. Ces suites peuvent inclure une inspection ou une enquête sur les cliniques ou les professionnels visés. Les résidents qui ont des raisons de croire qu'ils font l'objet de frais imposés aux patients peuvent contacter la Régie à l'adresse suivante : www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/assurance-maladie/soins/pages/remboursement.aspx

Un accès accru aux services de santé et aux services sociaux pour la population constitue une priorité gouvernementale. Pour y arriver, le Québec a misé, en 2015, sur une transformation du réseau de la santé et des services sociaux (réseau) et de sa gouvernance.

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

De façon plus détaillée, au 31 mars 2019, le réseau de la santé et des services sociaux se compose de 142 établissements : 51 sont publics et 91 privés. Ces établissements gèrent 1580 installations ou lieux physiques où sont offerts des soins de santé et des services sociaux à la population du Québec.

Les 51 établissements publics sont administrés par 34 présidents-directeurs généraux ou directeurs généraux. Ils incluent les centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS), les centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS), ci-après appelés centres intégrés, ainsi que les établissements regroupés et les autres établissements qui ne sont ni fusionnés ni regroupés.

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

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

- › Cinq centres hospitaliers universitaires (CHU) un institut universitaire (IU) et un institut non fusionné à un centre intégré, rattachés au Ministère et offrant des services spécialisés et surspécialisés au-delà de leur région sociosanitaire d'appartenance, soit :

- › CHU de Québec – Université Laval;
- › Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval;
- › Centre hospitalier de l'Université de Montréal;
- › Centre universitaire de santé McGill;
- › Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine;
- › Institut de cardiologie de Montréal;
- › Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel;
- › Cinq établissements publics, non visés ou touchés par la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (chapitre O-7.2) (LMRSSS), desservent une population nordique ou autochtone;
- › 17 établissements publics regroupés en un centre intégré. Ces établissements n'ont pas fait l'objet de fusion avec d'autres établissements en vertu de la LMRSSS, mais ils sont administrés par le conseil d'administration du centre intégré auquel ils sont regroupés.

De plus, au 31 mars 2019, le Québec comptait 42 établissements publics et 5 établissements privés conventionnés avec une mission de centre hospitalier (CH) offrant des services diagnostiques et des soins médicaux généraux et spécialisés, dans les secteurs de la santé physique (CHSGS) ou de la santé mentale (soins psychiatriques : CHPSY). À la même date, on dénombrait 21 072 lits au permis pour la mission CH, soit 19 943 lits de soins généraux et spécialisés (CHSGS) et 1 129 lits de soins psychiatriques (CHPSY). Selon les données les plus récentes disponibles, dans les établissements hospitaliers du Québec, il y a eu :

- › Entre le 1^{er} avril 2017 et le 31 mars 2018, 834 697 admissions pour les séjours de courte durée et 368 634 inscriptions en chirurgies d'un jour. Ces admissions ont représenté 6 930 635 jours d'hospitalisation.
- › Entre le 1^{er} avril 2018 et le 31 mars 2019, 833 258 admissions pour les séjours de courte durée et 373 684 inscriptions en chirurgies d'un jour. Ces admissions ont représenté 6 899 467 jours d'hospitalisation.

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

Depuis 2002, les groupes de médecine de famille (GMF) ont incarné le modèle phare de l'organisation des soins et services de santé de première ligne au Québec. Les GMF favorisent le travail d'équipe, la collaboration interprofessionnelle, la responsabilité populationnelle des établissements ainsi que le développement de liens de confiance et de collaboration étroits

entre patients et cliniciens. La révision du Cadre de gestion GMF a conduit à la création du Programme ministériel de financement et de soutien professionnel (ci-après le « Programme »). Le Programme GMF, mis en vigueur le 16 novembre 2015, offre un soutien financier et professionnel mieux adapté aux réalités des cliniciens et aux besoins des patients. Il introduit un financement équitable et axé sur le patient, un soutien professionnel additionnel (en plus du personnel infirmier, des travailleurs sociaux, d'autres professionnels de la santé et des services pharmaceutiques), une offre de services mieux balisée, un allègement des procédures administratives et une utilisation obligatoire du dossier médical électronique. L'adhésion volontaire des médecins et une structure de financement d'équipes incarnent ces assises. La base du modèle demeure, soit l'inscription de patients à un médecin du groupe et une offre de services permettant aux patients inscrits de profiter de services accessibles. La structure élémentaire des GMF impose d'assurer aux patients inscrits un accès raisonnable en temps opportun, comme en témoigne l'ajout d'une mesure d'assiduité des patients vis-à-vis le GMF auprès duquel ils sont inscrits. Le Programme actualise les modalités de financement et d'allocation des ressources tout en se voulant plus souple d'application. Il mise sur l'engagement professionnel des milieux cliniques à assurer des services accessibles, continus et de qualité. Au 31 mars 2019, le Québec comptait 342 GMF reconnus sur son territoire. À la même date, on dénombrait 51 GMF-réseau (dont 35 étaient d'anciennes cliniques-réseau).

5.2 Rémunération des médecins

Les médecins sont rémunérés selon les tarifs prévus et négociés. Le ministre peut conclure une entente avec les organismes représentatifs de toute catégorie de professionnels de la santé.

La *Loi sur l'assurance maladie* (A-29) encadre la rémunération des professionnels de la santé (médecins, dentistes, optométristes et pharmaciens). 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;
- › celle des professionnels non participants qui exercent leur profession en dehors des cadres du régime, de sorte que ni eux ni leurs patients ne reçoivent de remboursement de la Régie.

Pour devenir non participant, un professionnel de la santé doit transmettre un avis à la Régie sous pli recommandé ou certifié. La non-participation prend effet le trentième (30^e) jour qui suit la date de la mise à la poste et le réengagement prend effet le huitième (8^e) jour qui suit la date de mise à la poste de l'avis (Règlement d'application de la *Loi sur l'assurance maladie* (RALAM), art. 29).

Différents modes de rémunération existent :

- › **Rémunération à l'acte** : Rémunération selon le tarif des actes déterminés aux ententes de rémunération pour chaque spécialité.
- › **Rémunération mixte** : La rémunération mixte comprend le tarif pour la demi-journée ou la rémunération journalière ainsi que les suppléments d'honoraires.

- › **Honoraires forfaitaires** : Ces honoraires comprennent le tarif horaire, celui pour la demi-journée et la rémunération journalière.
- › **Salaire** : Salaire = spécialistes / Honoraires fixes = omnipraticiens. Ces deux modes de rémunération sont basés sur une semaine de travail pendant laquelle le nombre d'heures peut varier.
- › **Service de laboratoire en établissement** : Ce tarif régit la pratique de la médecine de laboratoire. On entend par le terme « médecine de laboratoire » les disciplines de la biologie médicale, la médecine nucléaire et la radiologie diagnostique.
- › **À forfait** : La rémunération à forfait est basée sur une somme donnée qui est versée périodiquement ou annuellement aux médecins de famille (omnipraticiens) pour la prise en charge et le suivi médical d'un patient ainsi que le supplément pour le volume de patients inscrit et le forfait pour la pratique polyvalente.
- › **Primes (mesures incitatives)** : Les primes contribuent à majorer le tarif horaire ou les honoraires fixes. Parmi celles-ci, on trouve les primes de responsabilité, celles liées à la santé au travail et celles relatives à l'horaire de soutien aux services de première ligne.
- › **Mesures particulières (mesures incitatives)** : Certaines mesures visent à encourager les médecins à exercer dans les territoires insuffisamment pourvus et à y rester (ex : primes d'éloignement).
- › **Services de laboratoire en établissement** : ce mode régit le tarif de la pratique de la médecine de laboratoire. On entend par le terme « médecine de laboratoire » les disciplines de la biologie médicale, la médecine nucléaire et la radiologie diagnostique. Le médecin inscrit une période de facturation, les actes réalisés ainsi que le nombre de fois où lesdits actes ont été réalisés.

Selon les données les plus récentes disponibles, la Régie a versé en 2018–2019 un montant évalué à 7,8 milliards de dollars pour des services professionnels fournis à des résidents du Québec. Les services professionnels (incluant les remboursements aux personnes assurées et les paiements aux professionnels) reçus hors du Québec ont été évalués à 44,9 millions de dollars.

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

Mécanismes de sensibilisation

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

Contrôles systématiques

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

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

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

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

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

5.3 Paiements aux hôpitaux

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

Les paiements versés en 2018–2019 aux établissements ayant mission de centre hospitalier pour les services de santé assurés fournis aux habitants du Québec se sont élevés à plus de 13,60 milliards de dollars, et les paiements versés pour des services hospitaliers aux centres hospitaliers des autres provinces ou hors du Canada se sont élevés à environ 232,75 millions de dollars.

ONTARIO



L'Ontario possède l'un des systèmes de soins de santé publics parmi les plus vastes et les plus complexes au monde. Ce système est géré par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario¹, et ses dépenses (y compris les dépenses d'immobilisations) ont dépassé 61 milliards de dollars au cours de 2018–2019.



1.0 GESTION PUBLIQUE

1.1 Régime d'assurance-santé et autorité publique

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

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

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

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

¹ Le 20 juin 2019, l'Ontario a annoncé des changements au sein de son cabinet, notamment la création du ministère de la Santé et du ministère des Soins de longue durée. Ainsi, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée sera appelé ministère de la Santé (MSO) tout au long de ce rapport.

En 2017, le rôle des RLISS a été élargi afin d'inclure la gestion et la prestation des services de soins à domicile et des soins communautaires. Pour appuyer ce mandat élargi, les rôles et responsabilités des 14 anciens centres d'accès aux soins communautaires ont été transférés aux RLISS.

Le 26 février 2019, l'Ontario a annoncé son plan à long terme pour mettre en place un système de soins de santé moderne et durable axé d'abord et avant tout sur le patient. L'Ontario crée un système de soins de santé public intégré en coordonnant le travail des agences et des programmes de santé provinciaux existants. L'Ontario aura une seule agence de santé – Santé Ontario – pour superviser la prestation des soins de santé, améliorer l'orientation clinique et fournir un soutien aux prestataires afin de garantir des soins de meilleure qualité aux patients.

La transition de certaines agences provinciales vers la nouvelle agence se fera par étapes, notamment en ce qui concerne :

- › Action Cancer Ontario;
- › Qualité des services de santé Ontario;
- › cyberSanté Ontario;
- › Réseau Trillium pour le don de la vie;
- › Services Communs Pour La Santé Ontario;
- › L'Agence de promotion et de recrutement de ProfessionsSantéOntario;
- › 14 réseaux locaux d'intégration des services de santé.

Les changements s'étaleront sur plusieurs années. Ils se dérouleront en phases soigneusement planifiées afin de garantir que les soins aux patients ne soient pas interrompus. La *Loi sur les soins de santé pour la population* et la *Loi pour des soins interconnectés* sont à l'origine de ces changements.

1.2 Liens hiérarchiques

En vertu de la LAS, le ministre de la Santé est responsable de la gestion et de l'application du RASO et représente l'autorité publique de l'Ontario pour l'application de la *Loi canadienne sur la santé*. La LAS énonce comme suit les exigences législatives de production de rapports pour le RASO en vertu de l'article 9 :

Chaque année, le ministre présente au lieutenant-gouverneur en conseil un rapport sur les activités du Régime et le dépose devant l'Assemblée législative. Si celle-ci ne siège pas, il le dépose à la session suivante.

Le rapport sur le RASO fournit des renseignements généraux sur le programme, de l'information sur les dispositions législatives applicables, les modèles de financement, les mesures de responsabilisation, le financement des services obtenu à l'extérieur de l'Ontario et de l'information sur les dépenses au titre du programme.

Le rapport annuel sur le RASO, couvrant l'exercice 2014–2015, a été déposé à l'hiver 2018.

1.3 Vérification des comptes

Chaque année, le vérificateur général de l'Ontario rend son rapport d'examen des ressources et de l'administration du gouvernement. Le président de l'Assemblée législative dépose habituellement le rapport du vérificateur général à l'automne et il est alors mis à la disposition du public. Ce rapport annuel contient des rapports de vérification de certains secteurs du MSO que le vérificateur général a choisi d'examiner; le plus récent rapport annuel a été publié le 5 décembre 2018.

Les comptes du MSO sont publiés annuellement dans les Comptes publics de l'Ontario. Les Comptes publics de l'Ontario de 2018–2019 ont été déposés et publiés le 13 septembre 2019.



2.0 INTÉGRALITÉ

2.1 Services hospitaliers assurés

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

Les services hospitaliers assurés aux patients hospitalisés comprennent les services médicalement nécessaires suivants :

- › l'utilisation des salles d'opération, des salles d'accouchement et des installations d'anesthésie y compris l'équipement et les fournitures nécessaires;
- › les services infirmiers nécessaires;
- › les actes de laboratoire, de radiologie ou autres actes de diagnostic ainsi que les interprétations nécessaires pour préserver la santé, prévenir les maladies et aider à diagnostiquer et à traiter les blessures, les maladies et les incapacités;
- › les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes;
- › l'hébergement et les repas en salle commune.

Les services assurés aux patients externes comprennent les services médicalement nécessaires suivants :

- › les actes de laboratoire, de radiologie ou autres actes de diagnostic, ainsi que les interprétations nécessaires;
- › l'utilisation des installations de radiothérapie, d'ergothérapie, de physiothérapie et d'orthophonie, là où elles sont disponibles;
- › l'utilisation des services de conseils diététiques;
- › l'usage des salles d'opération et des installations d'anesthésie;
- › les fournitures chirurgicales;
- › les services infirmiers nécessaires;
- › la fourniture de médicaments, de produits biologiques et de préparations connexes (sous réserve de certaines exceptions);

- › certains autres services déterminés, comme certain équipement fourni aux patients hémophiles pour usage à la maison;
- › certains médicaments précis administrés à la maison.

Les services hospitaliers ne sont pas mentionnés expressément dans le *Règlement 552* de la LAS. Le Règlement énumère plutôt les grandes catégories de services comprenant les découvertes médicales et technologiques, une fois qu'elles sont reconnues dans la pratique.

Le Cabinet approuve les modifications apportées au Règlement; généralement, un processus de consultation publique est tenu par l'entremise du Registre de la réglementation de l'Ontario.

Aucune modification réglementaire n'a été apportée à aucuns services hospitaliers assurés au cours de l'exercice 2018–2019.

2.2 Services médicaux assurés

La LAS et son *Règlement* régissent les services médicaux assurés en vertu de la Loi.

En vertu du *Règlement 552* de la LAS, un service dont la prestation est assurée par un médecin en Ontario constitue un service assuré s'il :

- › est médicalement nécessaire;
- › s'il figure sur le barème des prestations pour les services médicaux;
- › s'il est fourni dans les circonstances ou conditions précisées dans ce barème.

Les médecins assurent la prestation de services médicaux, chirurgicaux et diagnostiques, dont des services de soins de santé primaires. Les services sont offerts dans une variété de cadres, comme les cabinets de médecins, les centres de santé communautaire, les hôpitaux, les établissements psychiatriques, les établissements de santé autonomes autorisés et les foyers de soins de longue durée.

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

- › les consultations et les visites, pour le diagnostic et le traitement des états pathologiques;
- › les soins de maternité;
- › l'anesthésie;
- › la vaccination;
- › les injections;
- › les interventions chirurgicales.

Pour exercer en Ontario, un médecin doit être inscrit au tableau de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario et être établi en Ontario au moment où il rend ses services.

En 2018–2019, la plupart des médecins ont présenté directement au Régime d'assurance-santé de l'Ontario (RASO) leurs réclamations à l'égard de tous les services assurés fournis aux assurés, et un petit nombre de médecins ont facturé les montants aux personnes assurées. Le terme

« médecin ayant opté pour le retrait du régime d'assurance-santé » désigne généralement les médecins qui ne facturent pas directement leurs services au RASO. Lorsqu'un médecin se retire du régime, il facture le service au patient, sans dépasser le montant du barème des prestations (cette pratique est autorisée en vertu d'une clause de maintien des droits acquis prévue à la suite de la promulgation de la *Loi sur l'engagement d'assurer l'avenir de l'assurance-santé* (LEAAAS) de 2004). Le patient recouvre ensuite ce montant auprès du régime.

Environ 32 566 médecins ont soumis des réclamations au RASO en 2018–2019. Ce chiffre comprend les médecins rémunérés à l'acte et ceux faisant partie d'autres régimes de rémunération qui ont soumis des réclamations pro forma ou de suivi. En 2018–2019, l'Ontario comptait 17 médecins qui s'étaient retirés du RASO.

Le barème des prestations pour les services médicaux fait régulièrement l'objet d'un examen et d'une révision afin de tenir compte de la pratique actuelle de la médecine et des nouvelles technologies. Des services peuvent être ajoutés, les services actuels peuvent être révisés et les services désuets peuvent être éliminés au moyen d'une modification réglementaire. Ce processus prévoit la consultation de l'Association médicale de l'Ontario (OMA) et peut nécessiter des négociations avec celle-ci en vertu du cadre d'arbitrage exécutoire.

Aucune modification n'a été apportée au barème en 2018–2019.

2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

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

En général, les services dentaires assurés comprennent :

- › les services de chirurgie buccale et maxillo-faciale qui devraient normalement être effectués à l'hôpital;
- › les actes de résection de la racine et de curetage apical exécutés dans le cadre d'autres interventions dentaires assurées;
- › les extractions dentaires effectuées à l'hôpital pour la sécurité des patients à risque élevé, sous réserve de l'approbation préalable du ministère de la Santé de l'Ontario (MSO).

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

En Ontario, pour l'exercice 2018–2019, 880 dentistes possédaient un numéro de facturation actif, 281 dentistes avaient facturé le RASO et 599 dentistes possédaient un numéro actif sans avoir facturé le RASO. En vertu de la LEAAAS de 2004, les dentistes doivent soumettre toutes

leurs demandes de remboursement pour tout service de chirurgie dentaire assuré au RASO, c'est-à-dire qu'on leur interdit de facturer des services assurés. Aucun dentiste ne peut choisir de s'en retirer ou d'en être exempté en vertu d'un droit acquis.

2.4 Services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

Les services hospitaliers non assurés comprennent, sans toutefois s'y limiter :

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

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

Les services médicaux non assurés peuvent comprendre notamment :

- › les services non médicalement nécessaires;
- › les services qui ne sont pas inscrits au barème des prestations pour les services médicaux;
- › les services qui ne sont pas assurés aux termes de l'article 24 du *Règlement 552*. Par exemple, un service, notamment un examen physique annuel ou un bilan annuel de santé, reçu en tout ou en partie pour la production ou l'établissement d'un document ou la transmission d'information à un tiers (p. ex. compagnie d'assurance, employeur, Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail, etc.), peut ne pas être assurés.

Selon l'article 24, le traitement d'une affection qui est généralement reconnu en Ontario comme étant expérimental n'est pas assuré non plus.

En outre, les « ajouts » aux services assurés qui sont considérés comme des améliorations non médicalement nécessaires et facultatives d'un service assuré de base (par ex. des cristallins de qualité supérieure pour la chirurgie de la cataracte, des moulages en fibre de verre, etc.) sont des services non assurés qu'un patient peut devoir payer.

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

Afin d'assurer le respect des dispositions de la Loi canadienne sur la santé visant l'interdiction de surfacturation et de frais modérateurs pour les services de santé assurés, la LEAAAS de l'Ontario autorise la tenue d'une enquête et la prise de mesures concernant des allégations de surfacturation et de frais modérateurs. Plus précisément, au titre de la LEAAAS, il est illégal :

- › pour un médecin ou un praticien désigné de facturer ou d'accepter, pour des services assurés rendus à une personne assurée, tout avantage en sus du montant payé aux termes du RASO (sous réserve de quelques exceptions mentionnées). C'est ce que l'on appelle généralement la surfacturation;
- › pour un médecin ou un praticien désigné d'accepter des honoraires ou des avantages pour des services assurés rendus à une personne assurée, sauf aux termes du RASO (sous réserve de quelques exceptions mentionnées);
- › pour toute personne ou entité, de facturer ou d'accepter, pour des services assurés rendus à une personne assurée, des honoraires ou autres avantages sauf ceux qui sont indiqués ci-dessus ou mentionnés dans les règlements;
- › pour toute personne ou entité, de payer, de facturer ou d'accepter des honoraires ou d'autres avantages en échange d'un accès privilégié à un service assuré par une personne assurée. C'est ce que l'on appelle généralement le resquillage;
- › pour un médecin, un praticien ou un hôpital, de fournir un service assuré à une personne assurée sous réserve que le patient ait choisi de ne pas payer d'honoraires forfaitaires ou annuels pour le service non assuré (c.-à-d. les patients ne peuvent être obligés d'acheter des services non assurés en payant des honoraires forfaitaires ou annuels pour avoir accès à des services assurés).

En vertu de la *Loi sur les établissements de santé autonomes* (LESA), le MSO paie des frais d'établissement pour couvrir les frais généraux associés à la prestation de services assurés rendus dans des établissements non hospitaliers. Au titre de cette Loi, seulement le ministre de la Santé, Action Cancer Ontario ou un réseau local d'intégration des services de santé peuvent verser des frais d'établissement, et ce, seulement à un établissement de santé autonome agréé. En outre, les paiements de frais d'établissement demandés à un patient ou reçus d'un patient sont illégaux.

Le MSO examine toutes les infractions possibles à la LEAAAS et à la LESA qui sont portées à son attention. Les infractions possibles peuvent être portées à l'attention du MSO par diverses sources comme les plaintes de patient, les médias, la publicité, les fournisseurs de soins de santé, leur personnel, et les députés provinciaux. Dans certains cas, le MSO peut examiner des infractions possibles à la LEAAAS et à la LESA de manière préventive (c.-à-d. sans avoir reçu de plainte). Si le MSO découvre qu'un patient a effectué un paiement non autorisé, il s'assure que le montant est remboursé au patient en question, conformément aux dispositions de la LEAAAS.

Les fournisseurs et établissements sont légalement autorisés à demander des frais aux patients pour les services non assurés selon une formule de rémunération à l'acte ou de versement d'honoraires forfaitaires ou annuels, portant sur un groupe de services non assurés rendus par un médecin, un praticien ou un hôpital sur une période déterminée.

Le MSO ne régit pas les honoraires demandés par les médecins pour les services non assurés, ou pour les services rendus à des personnes non assurées et il ne fixe pas non plus les prix des services non assurés.

L'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario (OMCO), l'organisme qui régit l'exercice de la médecine en Ontario, est chargé de réglementer les honoraires des médecins pour les services non assurés, y compris les honoraires forfaitaires. Le rôle du MSO par rapport aux honoraires forfaitaires est de veiller à ce que ceux-ci ne créent pas d'obstacle à l'accès aux services assurés, ne comprennent pas d'honoraires pour des services assurés, n'accordent pas d'accès privilégié aux services assurés, ou ne constituent pas de frais d'établissement illégaux allant à l'encontre du droit de l'Ontario. Toutefois, le Ministère ne réglemente pas le montant demandé pour les honoraires forfaitaires ou les types de services non assurés qui peuvent être inclus ou non dans les honoraires forfaitaires.

L'OMCO a établi des directives concernant le paiement d'honoraires par les patients pour des services non assurés, et il est chargé d'enquêter lorsque des plaintes sont déposées contre des médecins, par exemple concernant des frais excessifs. En vertu de la *Loi sur les médecins*, le médecin qui demande des honoraires excessifs pour les services fournis commet une faute professionnelle. Le MSO dirige les patients qui ont des plaintes concernant les honoraires pour des services non assurés vers l'OMCO.



3.0 UNIVERSALITÉ

3.1 Admissibilité

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

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

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

S'il est déterminé qu'une personne n'est pas ou n'est plus admissible à la couverture du RASO, celle-ci peut soumettre auprès du MSO une demande de révision de la décision. Toute personne peut faire une telle demande de révision par le ministère de la Santé (MSO) en s'adressant par écrit au Comité d'examen de l'admissibilité à l'assurance-santé. Toute personne qui n'est pas satisfaite de la décision relative à son admissibilité au RASO peut porter son cas en appel auprès de la Commission d'appel et de révision des services de santé.

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

La demande d'admissibilité d'une personne qui n'était auparavant pas admissible au RASO pourrait être acceptée lorsque son statut ou sa situation de résidence change sous réserve de satisfaire aux exigences du Règlement 552. Au 31 mars 2019, il y avait 14 231 376 titulaires de cartes Santé valides en Ontario.

3.2 Autres catégories de personnes

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.3 Primes

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



4.0 TRANSFÉRABILITÉ

4.1 Période d'attente minimale

Conformément à l'article 5 du *Règlement 552* en vertu de la *Loi sur l'assurance-santé (LAS)*, les personnes qui déménagent en Ontario sont normalement admissibles à la couverture du Régime d'assurance-santé de l'Ontario (RASO) trois mois après l'établissement de leur résidence dans la province, à moins que les exceptions prévues à l'article 6, paragraphes 6.1, 6.2 ou 6.3 du *Règlement 552*, et au paragraphe 11 (2,1) de la Loi ne s'appliquent.

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

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

4.2 Couverture durant des absences temporaires au Canada

L'Ontario respecte les conditions de l'Accord sur l'admissibilité et la transférabilité (AAT) interprovincial, selon l'article 1.6 du *Règlement 552* et conformément à l'AAT, un assuré qui

quitte temporairement l'Ontario pour voyager au Canada, sans établir sa résidence dans une autre province ou un territoire, peut continuer d'être couvert par le RASO pendant une période maximale de 12 mois.

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

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

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

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

L'Ontario participe aux ententes de facturation réciproque destinée aux hôpitaux avec les autres provinces et les territoires pour les paiements des services d'hospitalisation et des services de consultation externe. Pour l'exercice 2018–2019, les tarifs ont été fixés et approuvés par le Comité de coordination des ententes interprovinciales en assurance-santé. Le remboursement des services aux patients hospitalisés se fait selon les tarifs d'hospitalisation journaliers approuvés par l'hôpital. Le remboursement pour les services de consultation externe se fait selon le tarif normalisé approuvé pour les services de consultation externe.

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

À l'extérieur de la province (au Canada)

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

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

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

Absences prolongées :

Le *Règlement 552* de la LAS régit la couverture d'assurance-santé des résidents assurés de l'Ontario au cours de séjours prolongés (de plus de 212 jours) à l'extérieur du Canada.

Le MSO exige que les résidents lui demandent de confirmer cette couverture avant leur départ et qu'ils fournissent des documents expliquant les raisons de leur absence.

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

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

MOTIF ET DURÉE DE LA COUVERTURE DU RASO POUR UNE PERSONNE LORS D'UN SÉJOUR PROLONGÉ À L'ÉTRANGER

MOTIF	COUVERTURE DU RASO
Études	Durée des études à temps plein (illimitée)
Travail	Périodes de cinq ans (les exigences particulières de résidence doivent être remplies pendant deux ans entre chaque absence)
Bénévolat	Périodes de cinq ans (les exigences particulières de résidence doivent être remplies pendant deux ans entre chaque absence)
Vacances ou autres	Périodes de deux ans (les exigences particulières de résidence doivent être remplies pendant cinq ans entre chaque absence)
Un conjoint (ou conjointe) ou une personne à charge peuvent également avoir droit à la couverture continue du RASO lorsqu'ils accompagnent le demandeur principal au cours d'un séjour prolongé à l'étranger.	

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

Le RASO offre une couverture limitée des frais de santé engagés par des Ontariens admissibles qui s'absentent temporairement du Canada, que ce soit pour voyager, travailler ou étudier.

Le Règlement 552 de la LAS établit les critères d'admissibilité et le pouvoir de payer pour ces services.

Les dispositions au titre de ce programme prévoient un remboursement à des taux minimales pour un service médical nécessaire pour traiter une maladie, une affection ou une blessure qui est aiguë et inattendue, survenue à l'étranger et qui nécessite des soins immédiats.

Dans le cadre du RASO, les patients sont remboursés comme suit :

- › un montant de 200 \$ à 400 \$ CA par jour est versé pour les patients hospitalisés dans une unité de soins standard ou une unité de soins intensifs;
- › les services d'urgence pour les patients non hospitalisés admissibles au RASO sont payés jusqu'à concurrence de 50 \$ CA par jour ou le montant facturé – selon le montant le moins élevé (excluant les services qui comprennent la dialyse remboursée à 210 \$ CA par jour);
- › le montant remboursé pour les services de médecins est le moins élevé des deux suivants : le montant figurant au barème des prestations de l'Assurance-santé de l'Ontario ou le montant facturé.

Ces dispositions visent à fournir un montant très limité de financement aux résidents de l'Ontario admissibles à l'Assurance-santé pour un traitement médical par suite d'une maladie, d'une affection ou d'une blessure inattendue subie pendant qu'ils sont à l'étranger et non si la maladie, l'affection ou la blessure survient avant que le patient ne quitte le Canada, ou si elle n'est pas aiguë ou inattendue, cas où aucun remboursement ne peut être effectué.

4.4 Exigence d'approbation préalable

Aux termes du *Règlement 552* de la LAS, le paiement de services de santé non urgents reçus à l'extérieur du Canada nécessite une approbation préalable écrite du directeur général du RASO avant que les services médicaux ne soient fournis.

Avec l'approbation préalable écrite, la totalité des frais des services médicaux hors pays est versée directement aux hôpitaux, aux établissements de santé et aux médecins ainsi qu'aux laboratoires hors pays pour des services assurés nécessaires aux fins médicales qui ne sont pas offerts en Ontario, à l'exception des services de laboratoire, pour des services qui ne peuvent être obtenus en Ontario sans délai important sur le plan médical.

Conformément aux exigences du *Règlement 552* de la LAS, les services médicaux hors pays demandés sont admissibles au remboursement en tant que services assurés seulement s'ils :

- › sont fournis dans un hôpital ou un établissement de santé agréé, au sens du *Règlement*;
- › sont généralement reconnus par la profession médicale en Ontario comme étant appropriés pour une personne se trouvant dans le même contexte médical que la personne assurée;

- › sont médicalement nécessaires, comme suit :
 - › ne sont pas offerts en Ontario au moyen d'un acte identique ou équivalent;
 - › sont offerts en Ontario, au moyen d'un acte identique ou équivalent, mais la personne assurée doit se rendre à l'étranger pour éviter des délais pouvant entraîner le décès ou des lésions tissulaires irréversibles importantes du point de vue médical;
 - › ne sont pas expérimentaux ni fournis à des fins de recherche ou d'enquête.

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

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

Les exigences liées au paiement des analyses de laboratoire et des tests génétiques non urgents effectués à l'étranger sont décrits à l'article 28.5 du *Règlement 552* de la LAS.

En cas de refus de remboursement, le médecin traitant ontarien et le patient sont informés que la décision peut être révisée si de nouveaux renseignements médicaux sont soumis. Une évaluation interne peut être demandée aussi souvent que nécessaire, pourvu que de la nouvelle documentation supplémentaire à l'appui soit soumise. De plus, le patient peut en appeler d'une décision de remboursement de frais engagés à l'étranger devant la Commission d'appel et de révision des services de santé.



5.0 ACCESSIBILITÉ

5.1 Accès aux services de santé assurés

Le financement de tous les services hospitaliers, médicaux et ceux d'un praticien désigné offerts aux résidents assurés de l'Ontario sont conformes à la *Loi sur l'assurance-santé* (LAS) et son Règlement. L'accessibilité aux services assurés sans imposition de frais est protégée aux termes de la partie II, « Accessibilité aux services de santé », de la *Loi de 2004 sur l'engagement d'assurer l'avenir de l'assurance-santé* (LEAAAS). Une disposition de la LEAAAS interdit la surfacturation en stipulant qu'un médecin ou un praticien désigné ne doit ni facturer ni accepter d'honoraires ou d'autres avantages supérieurs à ceux que prévoit le Régime d'assurance-santé de l'Ontario (RASO) pour la prestation d'un service assuré à un assuré. La LEAAAS interdit aussi à un médecin ou à un praticien désigné d'accepter des honoraires ou des avantages pour des services assurés rendus à une personne assurée, sauf aux termes du RASO (sous réserve de certaines exceptions mentionnées) et interdit à toute personne ou entité, de facturer ou d'accepter, pour des services assurés rendus à une personne assurée, des honoraires ou autres avantages sauf ceux qui sont indiqués ci-dessus ou mentionnés dans les règlements.

La LEAAAS interdit également le resquillage en stipulant qu'une personne ou une entité ne doit pas payer, facturer ou accepter des honoraires ou d'autres avantages en échange d'un accès privilégié à un service assuré par une personne assurée. En outre, la LEAAAS 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 des honoraires forfaitaires liés à un service non assuré.

Le ministère de la Santé (MSO) étudie toutes les infractions possibles à la *Loi de 2004 sur l'engagement d'assurer l'avenir de l'assurance-santé* qui sont portées à son attention. Dans les cas où il est établi qu'un paiement non autorisé a eu lieu, le MSO prend des mesures pour s'assurer que le montant est remboursé au bénéficiaire.

Pour les plaintes concernant la facturation de frais pour des services assurés, communiquer avec le programme de la LEAAAS du Ministère par téléphone en composant le 1-888-662-6613 ou par courriel à : protectpublichealthcare@ontario.ca.

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

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

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

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

Soins de santé primaires : Les divers modèles de rémunération des médecins offrant des soins primaires favorisent l'accès à des soins de santé primaires complets à l'échelle de la province, ainsi que pour certains groupes cibles et dans les collectivités éloignées insuffisamment desservies.

Modèles de soins interprofessionnels :

Les équipes de santé familiale (ESF) sont des organisations indépendantes à but non lucratif qui fournissent des soins de santé primaires en équipe interdisciplinaire; elles sont composées de prestataires tels que du personnel infirmier praticien, du personnel infirmier, des travailleurs sociaux et des diététiciens. Les groupes de médecins qui peuvent s'affilier et participer aux ESF sont rémunérés selon l'un des trois modes de rémunération suivants : Capitation mixte (comme RSF ou OSF), modèles complémentaires (EGMMRN ou autres ententes spécialisées) et modèle de rémunération mixte (pour les ESF parrainées par la communauté). On retrouve des ESF partout en Ontario, en milieu urbain ou rural, et elles varient en termes de taille, de structure, de portée et de gouvernance.

Des cliniques dirigées par du personnel infirmier praticien (CDPIP) ont été créées dans tout l'Ontario pour fournir des services de soins de santé familiale complets, accessibles et coordonnés en ciblant les Ontariens qui ont des difficultés à accéder aux soins primaires. Les CDPIP contribuent à un certain nombre de priorités locales et provinciales en matière de soins de santé en offrant un accès plus rapide aux soins grâce à des rendez-vous le jour même et le lendemain et en collaborant avec d'autres partenaires communautaires pour améliorer la qualité et mieux coordonner les soins pour leurs patients.

Les centres de santé communautaires (CSC) sont des modèles de prestation de soins de santé primaires qui jouent un rôle clé dans la prestation de services de soins de santé primaires aux populations prioritaires de l'Ontario et soutiennent les efforts globaux de la province pour transformer les soins primaires. Les CSC sont des organismes communautaires à but non lucratif dont l'objectif principal est d'améliorer la santé et le bien-être des populations qui ont traditionnellement été confrontées à des obstacles pour accéder aux services de santé, notamment les personnes à faible revenu, les nouveaux immigrants, les personnes souffrant de problèmes de santé mentale complexes et les personnes qui n'ont pas d'assurance-santé. Les CSC ont pour mandat de fournir des services complets de soins de santé primaires, de promotion de la santé et de prévention des maladies aux individus et aux familles. Les CSC développent des partenariats qui se concentrent sur des questions sanitaires et sociales plus larges, telles que le logement inadéquat, l'alphabétisation, la pollution et d'autres déterminants sociaux de la santé.

Les centres d'accès aux services de santé pour les Autochtones (CASSA) sont des organismes de soins de santé primaires dirigés par des Autochtones qui offrent une combinaison de soins de santé traditionnels, de soins primaires, de programmes culturels, de programmes de promotion de la santé, d'initiatives de développement communautaire et de services de soutien

social aux communautés des Premières nations, des Métis et des Inuits. Les CASSA s'inspirent étroitement des centres de santé communautaire de l'Ontario et fournissent les mécanismes permettant d'améliorer la santé et le bien-être des communautés de l'Ontario confrontées à divers obstacles dans l'accès aux soins de santé. Les CASSA contribuent de manière essentielle à l'engagement de l'Ontario à améliorer et à élargir l'accès à des soins primaires complets en fournissant des services de soins cliniques, la prévention et la gestion intégrées des maladies chroniques, des soins de santé maternelle et infantile axés sur la famille, des conseils en matière de toxicomanie et des soins de santé mentale.

Accès soins : Accès Soins réfère les Ontariens qui cherchent un fournisseur de soins de santé primaires (médecin de famille ou personnel infirmier praticien) à en obtenir un qui accepte de nouveaux patients dans leur collectivité. Les personnes assurées qui n'ont pas de fournisseur de soins de santé primaires et qui sont inscrites auprès d'Accès Soins peuvent être dirigées vers un médecin de famille ou du personnel infirmier praticien s'il y a un fournisseur participant qui accepte de nouveaux patients dans sa communauté. Accès Soins est volontaire tant pour les patients que pour les fournisseurs et il n'y a aucune garantie que chaque personne inscrite au programme sera aiguillée.

En 2018-2019 le MSO a continué à gérer diverses initiatives afin d'améliorer l'accès aux services de soins de santé dans l'ensemble de la province. Grâce à la planification fondée sur des données probantes, le nombre de médecins disponibles en Ontario a été stabilisé en raison de l'augmentation d'école médicale et permanente, et la province travaille à favoriser le maintien en poste et la répartition des médecins dans la province par les mesures, telles que :

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

De nombreuses initiatives ont été mises en œuvre pour améliorer l'accès dans tout l'Ontario, notamment l'Initiative de recrutement et de maintien en poste pour le Nord et les régions rurales, l'Initiative de maintien en poste des médecins dans le Nord et le Programme de subventions aux résidents du Nord de l'Ontario pour frais de transport à des fins médicales.

Initiative de recrutement et de maintien en poste pour le Nord et les régions rurales (NRRRI) :

L'initiative NRRRI appuie le recrutement et le maintien en poste des médecins dans les collectivités rurales et du Nord. L'initiative NRRRI fournit des incitatifs financiers aux médecins qui s'établissent et exercent leur profession à plein temps dans une collectivité admissible de la province. L'admissibilité d'une collectivité à l'initiative NRRRI est déterminée en fonction de l'indice de ruralité de l'Ontario (IRO). Pour qu'une collectivité soit admissible, le score IRO doit être d'au moins 40. Les cinq régions métropolitaines de recensement desservies par le centre d'aiguillage urbain du Nord de l'Ontario (Thunder Bay, Sudbury, North Bay, Sault Ste. Marie et Timmins) sont également admissibles.

Initiative de maintien en poste des médecins dans le Nord (IMPMN) : L'IMPMN permet aux médecins qui ont exercé la médecine à plein temps pendant au moins quatre ans dans le Nord de l'Ontario de recevoir une prime d'encouragement de 7 000 \$, payée à la fin de chaque exercice au cours duquel ils continuent d'exercer à plein temps dans le Nord. L'Initiative favorise le maintien en poste des médecins dans le Nord de l'Ontario et encourage ceux-ci à conserver des droits hospitaliers actifs. Le Nord de l'Ontario se compose des districts d'Algoma, de Cochrane, de Kenora, de Manitoulin, de Nipissing, du détroit de Parry, de Muskoka, de Rainy River, de Sudbury, de Thunder Bay et de Témiscamingue.

Programme de subventions aux résidents du Nord pour frais de transport à des fins médicales :

Le Programme aide à financer les frais de déplacement des résidents du Nord de l'Ontario qui doivent parcourir de longues distances pour obtenir des services médicaux spécialisés assurés ou certains actes médicaux désignés dans un établissement de santé qui ne sont pas offerts dans un rayon de 100 km de leur localité. En plus des subventions pour frais de transport fondés sur le taux par kilomètre, le programme offre une indemnité d'hébergement de 100 \$ à 550 \$ (selon le nombre de nuits d'hébergement) aux patients par voyage de traitement admissible par un spécialiste se trouvant à une distance aller simple d'au moins 200 kilomètres. En 2017–2018, l'indemnité d'hébergement a été bonifiée de 9,9 M\$ pour offrir une indemnité forfaitaire de 100 \$ jusqu'à un maximum de 550 \$, selon le nombre de nuits d'hébergement nécessaires pour des raisons médicales. Le Programme favorise également l'utilisation des services spécialisés offerts dans le Nord de l'Ontario, ce qui encourage davantage de spécialistes à exercer leur profession et à demeurer dans le Nord.

5.2 Rémunération des médecins

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

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

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

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

Le MSO négocie la rémunération des médecins avec l'Association médicale de l'Ontario (AMO) conformément aux droits de représentation de l'AMO et à l'accord de négociation conjointe et de règlement des différends. En 2017, le MSO et l'AMO ont négocié avec succès une entente-cadre d'arbitrage contraignante qui régit le processus de négociation, d'arbitrage et de médiation pour l'établissement d'une entente sur les services de médecin.

Le 19 février 2019, un conseil d'arbitrage a rendu sa décision établissant les paramètres de la rémunération des médecins pour la période du 1^{er} avril 2017 au 31 mars 2021.

5.3 Paiements aux hôpitaux

Les hôpitaux de l'Ontario sont financés à l'aide d'une combinaison de financement global et de financement axé sur les patients. Ce modèle de financement se situe entre l'approche axée sur les activités et l'approche axée sur le rendement.

Depuis le 1^{er} avril 2012, l'Ontario a fait passer le système actuel de financement qui est principalement axé sur des budgets globaux à un modèle de financement axé sur les patients grâce auquel les patients reçoivent les bons soins au bon endroit et au bon moment. Le financement axé sur les patients propose une approche intégrée pour le financement du système de santé et place le patient au centre de toutes les décisions sur les soins de santé en adoptant le principe selon lequel « l'argent suit le patient ».

Aux fins de financement, les hôpitaux publics sont classés selon qu'ils reçoivent ou non dans le cadre du modèle de croissance et d'efficacité. En outre, les hôpitaux sont également classés selon qu'ils fournissent des soins spécialisés (p. ex. enseignement, soins pédiatriques) ou selon leur taille (p. ex. grands, moyens).

Les hôpitaux autonomes psychiatriques et de petite taille ne reçoivent pas de financement basé sur le patient. Ils comptent plutôt sur des budgets globaux pour leur financement opérationnel.

Sources de financement des hôpitaux

Financement global : Financement de base non ciblé versé d'une année à l'autre. Ce financement n'est pas lié à la mise en œuvre de procédures spécifiques.

Modèle de croissance et d'efficacité (MCE) (anciennement Modèle d'allocation fondée sur la santé [MAFS]) : Il s'agit d'une formule de financement fondé sur des données probantes qui fait appel à des renseignements cliniques et financiers pour redistribuer environ 5 135 G\$ annuellement entre tous les hôpitaux modélisés, selon le nombre de patients traités et la complexité de leurs soins. Le modèle prend également en compte l'efficacité des hôpitaux.

En 2019-2020, la redistribution du MAFS a été suspendue, en attendant l'élaboration d'un plan à long terme qui envisage une approche consolidée pour faire face à la croissance des services.

En 2019-2020, le modèle de croissance et d'efficacité (MCE) a été introduit. Le MCE a été utilisé pour allouer des fonds de croissance supplémentaires, plutôt que de redistribuer les fonds existants.

Actes médicaux fondés sur la qualité (AMFQ) : Les AMFQ sont des épisodes de soins (p. ex. arthroplastie de la hanche ou du genou, AVC) pour lesquels des pratiques exemplaires fondés sur des données probantes ont été définies et pour lesquels les fournisseurs de soins reçoivent une rémunération pour la prestation des services s'y rapportant selon un prix établi.

Le financement est alloué en fonction de l'affectation d'un certain nombre de cas (volumes) et d'un prix provincial propre à une intervention médicale ou chirurgicale déterminée. Le prix provincial est rajusté pour correspondre aux différences de cohortes de patients de chaque hôpital à l'aide d'une mesure de l'acuité appelée indice de la charge de cas (ICC).

Le montant du financement pour les AMFQ est fondé sur l'utilisation historique, les projections de croissance démographique et d'autres facteurs de risque et vise à répondre à la demande d'une population croissante et vieillissante.

Soins regroupés : Tout comme les AMFQ, le financement des soins regroupés est alloué en fonction d'un nombre déterminé de cas et d'un prix. Toutefois, les AMFQ regroupés englobent des services qui vont au-delà des fournisseurs, notamment les soins hospitaliers et communautaires aux patients en phase post-aiguë comme les soins à domicile. Les AMFQ regroupés offrent un paiement unique pour un épisode de soins à travers plusieurs établissements et fournisseurs, comme l'arthroplastie de la hanche ou du genou et la réadaptation postopératoire.

Le financement est alloué au titulaire de soins regroupés (un fournisseur de services de santé) qui est responsable d'établir un partenariat avec d'autres fournisseurs puis de leur transférer des fonds pour des soins chirurgicaux ou des soins de réadaptation aux patients en phase post-aiguë permettant à ceux-ci de bénéficier de services plus intégrés à partir du moment

où ils entrent à l'hôpital pour une chirurgie jusqu'à leur rétablissement à la maison et dans la communauté. Les titulaires de soins regroupés doivent veiller à ce que les patients reçoivent la gamme complète de soins de manière intégrée, peu importe où ils résident.

Les soins regroupés sont offerts aux patients ayant subi une arthroplastie de la hanche ou du genou et aux personnes atteintes d'une maladie rénale chronique, et font l'objet de projets pilotes dans d'autres domaines cliniques.

Programmes et services prioritaires : Financement des interventions qui sauvent des vies et des services spécialisés (c.-à-d. soins cardiovasculaires, neurochirurgicaux, bariatriques, intensifs) ainsi que des programmes de santé pour les mères et les nouveau-nés.

Les montants de financement sont déterminés à l'aide d'un certain nombre de points liés à des données, notamment les données sur l'utilisation historique, les changements touchant la population visée dans la zone desservie et les discussions directes avec les hôpitaux et les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS), concernant leurs projections respectives.

Plan de fonctionnement postérieur à la construction (PFPC) : Ce programme de financement du plan de fonctionnement après la construction fournit des fonds de fonctionnement aux hôpitaux pour les services cliniques et l'agrandissement des locaux engagés après l'achèvement d'un projet d'immobilisations approuvé.

Ces financements peuvent être accordés pour l'augmentation du volume des services, les coûts ponctuels de transition et de démarrage, l'amortissement de l'équipement ou les coûts supplémentaires liés aux installations.

Délais d'attente : Financement alloué pour des services supplémentaires d'imagerie diagnostique (p. ex. des heures d'imagerie par résonance magnétique [IRM] et de tomodensitométrie [TDM]) et certaines interventions chirurgicales (prix par intervention). L'affectation des fonds est déterminée en fonction du rendement de l'année antérieure, de la capacité actuelle et des listes d'attente.

Programme de financement axé sur les résultats (PFR) : Incitatifs financiers annuels ponctuels liés au rendement destinés aux hôpitaux dont le volume des urgences est élevé, soit plus de 30 000 visites au service des urgences par année.



6.0 RECONNAISSANCE ACCORDÉE AUX TRANSFERTS FÉDÉRAUX

Le gouvernement de l'Ontario a reconnu publiquement la contribution fédérale au titre du Transfert canadien en matière de santé dans les Comptes publics de l'Ontario de 2018-2019.

PERSONNES INSCRITES

Année	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
1. Nombre en date du 31 mars ¹	13 545 565	13 723 465	13 829 743	14 042 917	14 231 376

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE

ÉTABLISSEMENTS PUBLICS

Année	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
2. Nombre ²	145	143	143	141	141
3. Paiements pour des services de santé assurés (\$) ³	16 377 339 000	16 387 182 900	16 784 015 574	17 356 176 130	18 024 589 979

ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS À BUT LUCRATIF

Année	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
4. Nombre d'établissements privés à but lucratif offrant des services de santé assurés ⁴	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
5. Paiements aux établissements privés à but lucratif pour des services de santé assurés (\$) ⁴	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible

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

Année	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
6. Nombre total de demandes, patients hospitalisés	7 087	7 160	6 337	6 473	6 230
7. Total des paiements, patients hospitalisés (\$)	65 048 142	66 194 339	61 781 960	61 748 658	59 696 706
8. Nombre total de demandes, patients externes	136 778	129 182	120 710	119 325	122 863
9. Total des paiements, patients externes (\$)	42 332 365	42 834 485	43 097 597	43 821 288	46 325 610

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA⁵

PRÉ-APPROUVÉS

Année	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
10. Nombre total de demandes, patients hospitalisés ⁷	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	738
11. Total des paiements, patients hospitalisés (\$) ⁷	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	42.0M
12. Nombre total de demandes, patients externes ⁷	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	Voir note n° 5
13. Total des paiements, patients externes (\$) ⁷	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	Voir note n° 5

¹ Ces estimations représentent le nombre de cartes d'assurance-santé valides et actives (résidents présentement admissibles ayant présenté une demande au cours des 7 dernières années).

² Nombre d'hôpitaux financés par l'État, à l'exception des hôpitaux psychiatriques spécialisés. Ces derniers ont été exclus conformément aux exigences du Rapport annuel sur l'application de la Loi canadienne sur la santé. Les chiffres pour 2017-2018 ont changé en raison du processus de fusion de deux hôpitaux au cours de l'exercice 2017-2018.

³ Fonds versés aux hôpitaux publics, à l'exception des hôpitaux psychiatriques spécialisés. Les exercices de 2014-2015 à 2016-2017 s'appuient sur les Comptes publics.

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

⁵ Les points n° 10 et 11 comprennent les services hospitaliers et médicaux assurés fournis à l'étranger, tant pour les patients hospitalisés que les patients externes.

⁶ Les données concernent les services hospitaliers fournis aux voyageurs en déplacement à l'étranger pour des urgences aiguës, imprévues, survenues en dehors du Canada et nécessitant un traitement immédiat.

⁷ Santé Canada a demandé que ces informations soient ventilées en données pré-approuvées et non pré-approuvées à partir du rapport 2018-2019, mais n'a pas exigé des provinces ou territoires qu'ils fassent rapport sur les années précédentes.

NON PRÉ-APPROUVÉS

Année	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
14. Nombre total de demandes, patients hospitalisés ^{6,7}	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	4 343
15. Total des paiements, patients hospitalisés (\$) ^{6,7}	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	3 936 420
16. Nombre total de demandes, patients externes ^{6,7}	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	13 693
17. Total des paiements, patients externes (\$) ^{6,7}	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	1 393 745

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE

Année	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
18. Nombre de médecins participants	29 380	30 177	30 893	31 718	32 566
19. Nombre de médecins ayant opté pour le retrait du régime d'assurance-santé	24	21	20	19	17
20. Nombre de médecins non participants ⁸	0	0	0	0	0
21. Total des paiements des services médicaux rémunérés pour l'ensemble des méthodes de paiement (\$) ⁹	11 823 825 604	11 918 882 881	12 113 803 206	13 199 726 871	13 024 319 815
22. Total des paiements des services médicaux rémunérés à l'acte (\$) ⁹	7 784 933 027	7 803 728 926	8 028 037 940	8 206 912 437	8 469 716 136

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS AUX RÉSIDENTS DANS UNE AUTRE PROVINCE OU UN AUTRE TERRITOIRE²

Année	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
23. Nombre de services	623 076	589 688	585 353	539 598	573 828
24. Total des paiements (\$) ⁹	31 360 835	29 524 980	30 851 717	28 646 930	30 818 175

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA

PRÉ-APPROUVÉS

Année	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
25. Nombre de services ^{7,11}	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	Voir note n° 5
26. Total des paiements (\$) ^{7,11}	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	Voir note n° 5

NON PRÉ-APPROUVÉS

Année	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
27. Nombre de services ^{7,11}	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	80 534
28. Total des paiements (\$) ^{7,11}	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	2 750 057

⁸ L'Ontario ne compte aucun médecin non-participant, seulement des médecins qui ont opté pour le retrait du Régime d'assurance-maladie et qui sont inclus au point n° 20.

⁹ Le total des paiements comprend les paiements versés aux médecins de l'Ontario par l'entremise des programmes de paiement à l'acte, de soins primaires, d'autres modes de paiement, des centres de santé universitaires, des soins hospitaliers sur appel et du Health Care Connect. Les services et les paiements liés aux programmes des autres praticiens, aux programmes des services de santé hors du pays ou hors de la province, au personnel infirmier praticien, aux soins partagés interprofessionnels, aux cliniques dirigées par du personnel praticien, au projet ECHO et douleur chronique, aux services de fertilité, aux équipes de santé familiales et aux laboratoires communautaires sont exclus.

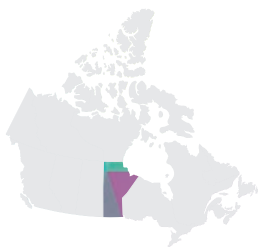
¹¹ Les données concernent les services hospitaliers fournis aux voyageurs en déplacement à l'étranger pour des urgences aiguës, imprévues, survenues en dehors du Canada et nécessitant un traitement immédiat.

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

Année	2014–2015	2015–2016	2016–2017	2017–2018	2018–2019
29. Nombre de dentistes participants	275	278	281	276	280
30. Nombre de dentistes ayant opté pour le retrait du régime d'assurance-santé ¹⁰	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
31. Nombre de dentistes non participants ¹⁰	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
32. Nombre de services fournis	96 258	99 570	98 823	105 438	106 109
33. Total des paiements (\$)	12 040 331	12 442 618	13 124 123	12 981 062	13 131 908

¹⁰ Santé Canada a demandé ces données à partir du rapport 2016–2017, mais n'a pas exigé des provinces ou des territoires qu'ils fassent rapport sur les années précédentes.

MANITOBA



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



1.0 GESTION PUBLIQUE

1.1 Régime d'assurance-maladie et autorité publique

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

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

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

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

Aucune modification législative apportée à la Loi ou à son Règlement au cours de l'exercice 2018–2019 n'a touché la gestion publique du RAMM.

1.2 Liens hiérarchiques

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

1.3 Vérification des comptes

L'article 7 de la *Loi sur l'assurance-maladie* exige que le Bureau du vérificateur général du Manitoba (ou un autre vérificateur désigné par le Bureau du vérificateur général du Manitoba) fasse une vérification annuelle des comptes du RAMM et prépare un rapport à ce sujet à l'intention du ministre. La plus récente vérification dont les résultats ont été communiqués au ministre et que le public peut consulter est l'exercice 2018–2019 et est contenue dans le [Rapport annuel de Santé, Aînés et Vie active Manitoba](#).



2.0 INTÉGRALITÉ

2.1 Services hospitaliers assurés

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

En date du 31 mars 2019, 96 établissements fournissaient des services hospitaliers assurés aux patients hospitalisés et aux patients externes au Manitoba. Les hôpitaux sont désignés par le *Règlement sur la désignation d'hôpitaux* (R.M. 47/93) en vertu de la Loi.

Les services énoncés dans le Règlement comme étant des services hospitaliers assurés fournis aux patients hospitalisés et aux patients externes comprennent les services suivants :

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

Le Règlement prévoit que les services en milieu hospitalier comprennent les fournitures médicales et chirurgicales courantes, ce qui permet d'assurer un accès raisonnable à tous les résidents. Les offices régionaux de la santé du Manitoba ainsi que Santé, Aînés et Vie active Manitoba (SAVAM) vérifient la conformité à cette disposition.

Les résidents du Manitoba ont de grandes attentes en matière de soins de santé de qualité et exigent ce qu'il y a de mieux quant aux connaissances et aux services médicaux lorsque leur état de santé personnel est en cause.

2.2 Services médicaux assurés

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

Les médecins qui fournissent des services assurés au Manitoba doivent être légalement autorisés à exercer la médecine au Manitoba, détenir la licence prescrite et être inscrits au registre, conformément à la *Loi médicale*. En date du 30 avril 2019, il y avait 2 982 médecins inscrits au Manitoba, dont 2 755 participent au Régime d'assurance-maladie du Manitoba.

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

Avant de fournir un service médical à un assuré, le médecin doit donner un préavis raisonnable de son intention de percevoir ses honoraires auprès de cette personne ou d'une autre, qui n'est pas le ministre. Il est tenu de soumettre, pour le compte de l'assuré, une demande de règlement au ministre; le médecin ne peut percevoir d'honoraires en sus des prestations exigibles à l'égard de ces services en vertu de la Loi ou de son Règlement. Aucun médecin n'a fait le choix de se retirer du Régime en 2018–2019.

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

Au cours de l'exercice 2018–2019, un certain nombre de nouveaux services assurés ont été ajoutés au barème d'honoraires révisé. Le [manuel du médecin](#) (Physician's Manual) se trouve sur le site Web de Santé, Aînés et Vie active (en anglais seulement).

Pour faire inscrire un service médical à la liste des services assurés par SAVAM, les médecins doivent présenter une proposition à Doctors Manitoba, qui négocie ensuite avec SAVAM, notamment les honoraires. SAVAM peut également amorcer le processus.

2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

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

Les fournisseurs de services dentaires peuvent, à l’instar des médecins, décider de percevoir leurs honoraires directement auprès du patient, auquel cas ils ne doivent pas facturer au patient ou recevoir de celui-ci des honoraires en sus des prestations exigibles en vertu de la Loi ou de son Règlement. Aucun fournisseur de services dentaires n’a fait le choix de se retirer du Régime en 2018–2019.

Pour faire inscrire un service dentaire à la liste des services assurés, le dentiste doit soumettre une proposition à l’Association dentaire du Manitoba. Celle-ci négocie l’intervention et les honoraires avec SAVAM.

2.4 Services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

Le *Règlement sur les services exclus* (R.M. 46/93), pris en application de la *Loi sur l’assurance-maladie*, définit les services qui ne sont pas assurés. Ce sont :

- › les examens et les rapports établis pour des raisons d’emploi, d’assurance, de fréquentation d’une université ou d’un camp, ou encore les services offerts à la demande de tiers;
- › les services d’immunisation et autres services offerts à des groupes, sauf s’ils sont autorisés par SAVAM;
- › les soins que des médecins, des dentistes, des chiropraticiens ou des optométristes se donnent à eux-mêmes ou donnent aux personnes à leur charge;
- › la préparation de dossiers, de rapports, de certificats, de communications et de témoignages devant un tribunal;
- › le kilométrage ou le temps de déplacement;
- › les services de psychologues, de podologues et d’autres praticiens dont les services ne sont pas mentionnés dans la loi;
- › l’enlèvement de tatouages;
- › l’ajustement de lentilles cornéennes;
- › le rétablissement de la fécondité;
- › la psychanalyse.

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

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

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

Aucun service n'a été supprimé de la liste des services assurés par SAVAM en 2018–2019.



3.0 UNIVERSALITÉ

3.1 Admissibilité

La *Loi sur l'assurance-maladie* définit les modalités d'admissibilité des résidents du Manitoba au Régime d'assurance-maladie de la province.

Le paragraphe 2(1) de la Loi stipule qu'un « habitant » est une personne qui est légalement autorisée à habiter au Canada, qui réside au Manitoba et qui y est effectivement présente au moins six mois par année civile. Cette définition vise également toute autre personne correspondant à la définition d'habitant (résident) aux termes des règlements, mais n'inclut pas, sauf indication contraire du ministre de la Santé, Aînés et Vie active (le ministre), les personnes qui sont titulaires d'un permis de séjour temporaire délivré sous le régime de la *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés* (Canada) ainsi que les visiteurs, les personnes de passage et les touristes.

Les paragraphes 7(1) et 8(1) du *Règlement sur la résidence et l'inscription* (R.M. 54/93) élargissent la définition de « résidence ». Aux termes du paragraphe 7(1), les personnes qui s'absentent du Manitoba pendant au plus 24 mois consécutifs pour faire œuvre de missionnaires, occuper un emploi à l'extérieur du pays ou prendre un congé sabbatique peuvent conserver leur statut de résident de cette province, tout comme les étudiants qui fréquentent à temps plein un établissement d'enseignement reconnu. Par ailleurs, aux termes du paragraphe 8(1), les personnes légalement autorisées à travailler au Manitoba et qui détiennent un permis de travail valide pour au moins 12 mois sont réputées être résidentes sous le régime de la *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés* (Canada). De plus, l'article 8.1.1 du *Règlement sur la résidence et l'inscription* élargit la résidence réputée de manière à inclure les travailleurs étrangers temporaires (et leurs personnes à charge) dans la province qui fournissent des services agricoles en raison d'un permis de travail, peu importe la durée de ce permis.

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

« Un habitant qui, immédiatement avant son arrivée au Manitoba, était habitant d'une autre province ou d'un territoire canadien n'est pas assuré avant le premier jour du troisième mois qui suit le mois de son arrivée ».

L'article 6 du *Règlement sur la résidence et l'inscription* stipule qu'aucune période d'attente ne s'applique pour les personnes à charge des membres des Forces armées canadiennes.

Il n'existe actuellement aucune autre période d'attente au Manitoba.

Le Régime d'assurance-maladie du Manitoba (RAMM) exclut les résidents couverts par un régime fédéral, y compris par les lois fédérales suivantes :

- › *Loi sur l'aéronautique;*
- › *Loi sur les prestations de guerre pour les civils;*
- › *Loi sur l'indemnisation des agents de l'État;*
- › *Loi sur l'indemnisation des marins marchands;*
- › *Loi sur la défense nationale;*
- › *Loi sur les pensions;*
- › *Loi sur la réadaptation des anciens combattants;*
- › les détenus sous responsabilité fédérale ou les personnes couvertes par une loi d'une autre province ou d'un territoire sont également exclus [paragraphe 2[2] du *Règlement sur les services exclus*].

Les résidents libérés des Forces canadiennes ainsi que les détenus libérés d'un pénitencier fédéral sans personnes à charge qui sont des résidents de la province deviennent admissibles à l'assurance-maladie. Aux termes du paragraphe 2[3] du *Règlement sur la résidence et l'inscription* (R.M. 54/93), ces personnes ont un mois, lorsqu'elles changent de statut, pour s'inscrire auprès de Santé, Aînés et Vie active Manitoba (SAVAM).

Au Manitoba, les membres de la GRC sont des personnes assurées et ont droit aux prestations prévues par le RAMM.

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

Au Manitoba, deux numéros sont associés à la santé : le numéro d'inscription est un numéro à six chiffres attribué à une personne de 18 ans ou plus qui n'est pas réputée être une personne à charge. Le numéro à six chiffres peut être utilisé par tous les membres d'une famille y compris le conjoint et les personnes à charge. Un numéro d'identification médical personnel de neuf chiffres est utilisé pour le paiement des demandes de remboursement de soins médicaux et de services hospitaliers.

En date du 1^{er} juin 2018, on comptait 1 370 642 résidents inscrits au Régime d'assurance-maladie du Manitoba.

Aucune disposition de retrait du Régime d'assurance-maladie du Manitoba n'est prévue pour les résidents.

3.2 Autres catégories de personnes

Aux termes du paragraphe 8[1] du *Règlement sur la résidence et l'inscription* (R.M. 54/93), les travailleurs temporaires doivent être titulaires d'un permis de travail délivré par Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada les autorisant à travailler au moins 12 mois consécutifs, être effectivement présents au Manitoba pendant six mois au cours d'une année civile et être légalement autorisés à demeurer au Canada pour bénéficier de la couverture offerte par le RAMM.

L'article 8.1.1 du *Règlement sur la résidence et l'inscription* prolonge la période de résidence au Manitoba des travailleurs agricoles étrangers (et de leurs conjoints et personnes à charge) détenant un permis de travail temporaire, peu importe la durée de ce permis.



4.0 TRANSFÉRABILITÉ

4.1 Période d'attente minimale

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

4.2 Couverture durant des absences temporaires au Canada

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

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

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

Les soins médicaux reçus dans toutes les provinces, à l'exception du Québec, et tous les territoires sont payés dans le cadre des ententes de facturation réciproque aux tarifs de la province ou du territoire d'accueil. Les demandes de remboursement pour soins médicaux reçus au Québec sont soumises par le patient ou le médecin à Santé, Aînés et Vie active Manitoba (SAVAM) qui les réglera selon les tarifs en vigueur dans la province d'accueil.

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

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

L'article 7(1)g) du *Règlement sur la résidence et l'inscription* prolonge la période de six à sept mois la période durant laquelle une personne peut s'absenter temporairement du Manitoba pour résider à l'extérieur du Canada sur une période de 12 mois.

Les résidents qui travaillent à temps plein à l'extérieur du Canada ayant des contrats de travail auront droit à l'assurance-santé pendant un maximum de 24 mois consécutifs. Ils doivent retourner au Manitoba et y résider à la fin de leur contrat. Les personnes qui travaillent dans le domaine de l'aide humanitaire ou les missionnaires pour le compte d'une organisation religieuse ayant le statut d'organisme de bienfaisance au sens de la *Loi de l'impôt sur le revenu* (Canada) sont couverts par SAVAM pour un maximum de 24 mois consécutifs. Les étudiants sont réputés être des résidents et continuent à être couverts pendant la durée de leur inscription à temps plein dans un établissement d'enseignement reconnu. Une autre disposition stipule qu'ils doivent avoir l'intention de revenir au Manitoba et d'y résider à la fin de leur programme d'études. Les résidents en congé sabbatique ou en congé d'études sont couverts par SAVAM pendant un maximum de 24 mois consécutifs. Ces personnes doivent retourner au Manitoba et y résider à la fin de leur congé.

Les résidents du Manitoba couverts par le Régime d'assurance-maladie provincial qui reçoivent des soins médicaux et hospitaliers à l'extérieur du Canada sont admissibles à un remboursement au tarif établi dans le *Règlement sur l'assurance relative aux soins médicaux* et le *Règlement sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des hôpitaux*. Les services médicaux d'urgence obtenus à l'extérieur du Canada sont remboursés à un tarif qui équivaut à celui qu'un médecin manitobain recevrait pour des services semblables. Les soins hospitaliers d'urgence sont remboursés à un tarif quotidien moyen déterminé par SAVAM.

4.4 Nécessité d'une approbation préalable

L'approbation préalable n'est pas exigée pour les actes qui sont couverts dans le cadre des ententes de facturation réciproque conclues avec d'autres provinces. SAVAM doit toutefois donner son approbation pour les produits et les actes médicaux onéreux qui ne sont pas visés par ces ententes.

Pour être remboursés, tous les soins médicaux et hospitaliers non urgents fournis à l'extérieur du Canada doivent être préalablement approuvés par SAVAM. Les Manitobains qui nécessitent des soins médicaux ou hospitaliers non offerts au Manitoba ou ailleurs au Canada peuvent être admissibles à un remboursement des coûts engagés à l'étranger, conformément au *Règlement sur l'assurance relative aux soins médicaux*. Ils doivent fournir à SAVAM une recommandation d'un spécialiste indiquant que le patient a besoin d'un service particulier médicalement nécessaire.



5.0 ACCESSIBILITÉ

5.1 Accès aux services de santé assurés

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

La *Loi sur l'assurance-maladie*, et la *Loi sur les cliniques privées* comportent des définitions et d'autres dispositions qui stipulent ce qui suit :

- › aucune facturation ne peut être présentée aux personnes qui reçoivent des services chirurgicaux assurés ou à toute autre personne en leur nom;
- › un établissement chirurgical ne peut effectuer des interventions nécessitant un séjour de plus de 24 heures et fonctionner ainsi comme un hôpital privé.

La *Loi sur l'accessibilité pour les Manitobains* établit des définitions et des principes qui assurent l'accessibilité en supprimant les barrières qui bloquent les personnes handicapées dans leur accès à des soins de santé et en empêchant la création de telles barrières, notamment en ce qui concerne :

- › l'hébergement;
- › le milieu bâti, y compris les établissements, les bâtiments, les constructions et les locaux;
- › la façon dont les biens, les services et les renseignements sont fournis et reçus;
- › les activités et les entreprises désignées par règlement.

Si un résident du Manitoba estime qu'il a été facturé de façon inappropriée pour un service assuré au titre du Régime provincial d'assurance-maladie (surfacturation ou imposition de frais modérateurs), le résident est encouragé à communiquer avec le Manitoba pour signaler l'incident aux coordonnées suivantes :

Santé, Aînés et Vie active Manitoba

300 Carlton Street
Winnipeg (Manitoba) R3B 3M9
1-800-392-1207

La Direction générale des services assurés de Santé, Aînés et Vie active Manitoba demande des précisions sur les frais facturés pour déterminer si le service fourni est un service assuré et si d'autres mesures doivent être prises. En général, il suffit de communiquer avec le fournisseur de services médicaux pour l'informer qu'il doit rembourser le patient et présenter une demande de règlement à SAVAM. Des incidents ultérieurs de la part d'un même fournisseur de services peuvent donner lieu à une enquête de l'équipe de vérification et d'enquête de SAVAM. Les préoccupations concernant la conduite professionnelle de fournisseurs de services médicaux sont transmises à l'organisme de réglementation approprié.

Santé, Aînés et Vie active Manitoba est déterminé à respecter les principes du régime d'assurance-maladie et à améliorer la santé de tous les Manitobains. En 2018–2019, le Manitoba a continué d'appuyer ces engagements au moyen d'un certain nombre d'activités dont notamment :

Transformation du système

Comme le recommande le rapport Examen de la durabilité et de l'innovation dans le système de soins de santé de KPMG, le gouvernement du Manitoba a annoncé la création d'un Bureau de gestion de la transformation afin d'orienter l'intégration de la réforme structurelle et organisationnelle du régime de santé entre le gouvernement, les régies régionales de la santé et les établissements de soins de santé pour en assurer la viabilité financière tout en traitant des temps d'attente. Le gouvernement se concentre maintenant sur la mise en œuvre des recommandations du rapport qui garantiront des avantages durables au cours de l'année 2018–2019 et pour l'avenir.

De plus, Soins communs Manitoba, un nouvel organisme de santé provincial annoncé en 2017–2018, continue de mettre l'accent sur une planification axée sur les patients afin de garantir des normes uniformes dans toute la province pour la prestation des soins. On a demandé l'avis de plus de dix équipes cliniques provinciales composées de fournisseurs de soins de santé ayant des antécédents professionnels et une expérience variés au sein des collectivités rurales, urbaines et du Nord du Manitoba dans le but d'élaborer un plan pluriannuel de services cliniques et préventifs pour le Manitoba.

La province a également poursuivi ses efforts axés sur la mise en œuvre de la stratégie provinciale en santé mentale et en toxicomanie en harmonisant les besoins définis dans le document intitulé *Improving Access and Coordination of Mental Health and Addictions Services: A Provincial Strategy for all Manitobans* ou rapport Virgo (en anglais seulement) avec le plan provincial de services cliniques, afin d'assurer l'harmonisation avec le système de soins de santé en général; une recommandation clé du rapport Virgo.

De plus, le Manitoba a continué à mettre en œuvre le modèle centre de médecine de famille axé sur le patient par le biais de deux initiatives complémentaires et alignées – Mes équipes de santé et Clinique à domicile (réseaux de soins de santé primaires). Le but de ces initiatives est d'améliorer l'accès et de démontrer l'atteinte de normes de soins primaires de qualité pour les Manitobains. Le taux d'adoption des cliniques à domicile est demeuré élevé, représentant environ 70 % de tous les fournisseurs de soins primaires. Grâce à ces initiatives, le jumelage des Manitobains avec un nouveau médecin de famille ou une nouvelle infirmière praticienne est demeuré à 80 % dans les 30 jours. Les deux initiatives demeurent alignées sur le plan provincial plus large des services cliniques et préventifs.

Établissements

Dans le cadre de la transformation du système de soins de santé, un modèle provincial de gouvernance des technologies de l'information et des communications (TIC) a été intégré à Soins communs Manitoba dans le but de s'assurer qu'une perspective plus équitable à l'échelle provinciale soit adoptée lors de l'examen des investissements visant à améliorer et, si possible, à accroître l'accès et la qualité des services.

SAVAM a facilité un processus avec Manitoba eHealth et Manitoba Jobs and the Economy – Business Transformation and Technology (en anglais seulement) pour appuyer une plus grande intégration et normalisation avec le système de santé numérique du Manitoba dans le but d'améliorer l'accès et l'équité des soins de qualité dans toute la province.

Le Manitoba a établi des attentes et des conditions pour permettre l'adoption d'une approche de gestion par portefeuille pour la priorisation et la progression des investissements en TIC nécessaires afin de soutenir les applications provinciales de soins de santé et les services partagés dans l'ensemble du Manitoba.

Le Manitoba a obtenu et maintenu un financement gouvernemental pour soutenir l'exécution du plan stratégique provincial d'immobilisations en TIC, qui a donné lieu à des investissements annuels totalisant 33,3 millions de dollars dans l'infrastructure des TIC. Le Manitoba a en outre avancé 33,9 millions de dollars dans des projets prioritaires annuels élaborés en collaboration avec des fournisseurs de services cliniques, des organismes de prestation de soins de santé et des décideurs, dans le but de s'assurer que les praticiens et les décideurs du secteur de la santé puissent partager l'information dans toute la province et dans tout le continuum des soins aux patients.

Le Manitoba a continué d'appuyer l'échange de données électroniques et le partage de l'information entre le gouvernement, Manitoba eHealth, les offices régionaux de la santé, les fournisseurs de soins de santé et d'autres ministères et administrations dans le but d'appuyer et de faire progresser l'aide à la décision et la gestion efficace de l'information sur la santé permettant l'amélioration de l'accès aux services de santé.

Le Manitoba a supervisé et achevé la mise à niveau de son système provincial de dossiers électroniques des patients, du système d'information des services d'urgence et du système provincial d'information de laboratoire, dans le but d'accroître la capacité et la fiabilité du système pour la prestation de soins actifs directs aux patients.

Le Manitoba a élaboré et mis en œuvre un plan d'immobilisations qui appuyait les objectifs provinciaux en matière de santé de la population. Plus précisément, le Manitoba a poursuivi la planification et la mise en œuvre de la construction de jusqu'à 1 200 lits de foyers de soins personnels dans la province. Le Manitoba a également évalué et priorisé les projets d'amélioration de la sécurité-incendie (systèmes de gicleurs et équipement de sécurité-incendie connexe) dans le but d'assurer l'accès continu aux services de santé au besoin.

Le Manitoba a entrepris l'élaboration d'une proposition complète de gestion des actifs du système de santé dans le but d'adopter une approche fondée sur les pratiques exemplaires pour gérer de façon proactive et durable les défis actuels et futurs en matière d'infrastructure.

Les dépenses en immobilisations du Manitoba qui ont amélioré ou élargi l'accès aux services assurés au cours de l'exercice 2018–2019 comprennent ce qui suit :

- › Powerview – Complexe de santé de Pine Falls – Centre de soins de santé primaires et de guérison traditionnelle

- › Centre de santé régional de Selkirk
- › Centre de santé primaire de Sainte-Rose du Lac
- › Maison de soins personnels Morden/Tabor
- › Centre de santé Notre-Dame-de-Lourdes
- › Réaménagement du service d'urgence de l'Hôpital général Grace

En plus des grands projets terminés et entrepris dans l'ensemble de la province, cent vingt-deux autres projets de renouvellement de l'infrastructure et d'entretien complet ont été approuvés et mis de l'avant dans le but précis d'améliorer ou de maintenir les services assurés.

Professionnels de la santé

En 2018–2019, la province a financé l'effectif suivant de professionnels médicaux et infirmiers autorisés à exercer au Manitoba :

- › 1 480 médecins spécialistes
- › 1 422 omnipraticiens
- › 99 adjoints au médecin
- › 239 infirmiers praticiens
- › 13 522 infirmiers autorisés
- › 1 069 infirmiers psychiatriques autorisés
- › 3 616 infirmiers auxiliaires autorisés

La transition vers la *Loi sur les professions de la santé réglementées* (LPSR) demeure une entreprise considérable pour la province. La LPSR est entrée en vigueur en janvier 2014 pour faire en sorte que toutes les professions de la santé réglementées sont régies par des règlements cohérents et uniformes, en mettant l'accent sur la sécurité des patients et la responsabilisation. La Loi comprend une liste d'activités et d'interventions, nommées « actes réservés », que les professionnels de la santé réglementés sont autorisés à pratiquer lorsqu'ils prodiguent des soins de santé selon leurs compétences et leur formation.

La LPSR établit des règles et des processus cohérents en ce qui concerne la gouvernance, l'inscription, les plaintes et les mesures disciplinaires ainsi que le pouvoir de réglementation et de prise de règlements administratifs. À ce jour, les audiologistes et les orthophonistes, les médecins et les chirurgiens, ainsi que les infirmières autorisées ont fait la transition vers l'autoréglementation en vertu de la LPSR. Plus récemment, un conseil de transition a été établi pour guider la mise en œuvre d'un collège des travailleurs paramédicaux dans le cadre de la transition vers l'autoréglementation des travailleurs paramédicaux au Manitoba. La transition d'autres professions de la santé vers la LPSR continuera d'être une priorité pour la province, car elle aura une incidence importante à long terme sur la main-d'oeuvre provinciale du secteur de la santé.

En 2018–2019, la province a fourni des fonds pour augmenter le nombre de professionnels de la médecine et des soins infirmiers inscrits au Manitoba de la façon suivante :

- › Le nombre de médecins spécialistes a augmenté de 32 (de 1 448 à 1 480)
- › Le nombre d'omnipraticiens a augmenté de 46 (de 1 376 à 1 422)
- › Le nombre d'infirmiers praticiens a augmenté de 35 (de 204 à 239)
- › Le nombre d'infirmiers psychiatriques autorisés a augmenté de 6 (de 1 063 à 1 069)
- › Le nombre d'infirmiers auxiliaires autorisés a augmenté de 112 (de 3 504 à 3 616)

Le nombre d'infirmiers autorisés a diminué de 186 (passant de 13 708 à 13 522) et le nombre d'adjoints au médecin (resté inchangé à 99) n'a pas augmenté.

5.2 Rémunération des médecins

Le Manitoba continue à employer les modes de paiement suivants pour ses médecins :

- › rémunération à l'acte;
- › rémunération contractuelle;
- › association de divers modes de paiement;
- › rémunération à la vacation.

La *Loi sur l'assurance-maladie* régit la rémunération des médecins pour les services assurés. Aucune modification touchant la rémunération des médecins n'a été apportée à la *Loi sur l'assurance-maladie* en 2018–2019.

La rémunération à l'acte est encore le principal mode de paiement. Les autres modes de paiement représentent une part importante de la rémunération totale des médecins du Manitoba. Les médecins financés par d'autres sources sont ceux qui ne sont pas rémunérés à l'acte, y compris par un salaire (relation d'emploi) ou ceux qui travaillent sur une base contractuelle indépendante. Le Manitoba associe également divers modes de paiement le cas échéant. De plus, les médecins peuvent recevoir des paiements à la vacation pour dispenser des soins médicaux pour une période donnée, de même que des allocations lorsqu'ils sont de garde et pour d'autres fonctions.

En 2018–2019, SAVAM, en collaboration avec Soins communs, représentaient la province dans le cadre de ses négociations avec les médecins manitobains. Les médecins sont généralement représentés par Doctors Manitoba, sauf pour quelques exceptions, comme les oncologues embauchés par Action cancer Manitoba.

En juillet 2019, Doctors Manitoba et le gouvernement du Manitoba ont conclu une entente de quatre ans, afin de renouveler la convention collective des médecins qui est entrée en vigueur le 1^{er} avril 2019. Elle prendra fin le 31 mars 2023.

Le manuel du médecin (Physician's Manual) du Manitoba (en anglais seulement) contient l'ensemble des descriptions des tarifs d'honoraires, des tarifs et des prescriptions d'application ainsi que le processus de règlement des différends relativement aux paiements à l'acte versés aux médecins. Ce document constitue le barème des prestations payables aux médecins au nom des personnes assurées au Manitoba conformément au *Règlement sur l'assurance relative aux soins médicaux* pris en vertu de la *Loi sur l'assurance-maladie*.

Toutes les demandes de remboursement des paiements à l'acte doivent être présentées par voie électronique. La présentation de demandes de remboursement sur support papier est permise de façon limitée et seulement après l'obtention de l'approbation préalable de SAVAM. Les demandes de remboursement des paiements à l'acte doivent être reçues dans les six mois suivant la date à laquelle le médecin a rendu le service.

5.3 Paiements aux hôpitaux

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

Aux termes des dispositions de la section 3.1, les offices régionaux de la santé ne peuvent fournir de fonds de fonctionnement à une personne morale dispensant des soins de santé en l'absence d'un accord écrit :

- › prévoyant les services de santé devant être fournis par la personne morale;
- › indiquant les fonds devant être fournis par l'office régional de la santé pour les services de santé;
- › précisant les modalités de l'accord;
- › prévoyant un processus de règlement des litiges et les recours en cas de contravention à l'accord.

Si les parties ne peuvent parvenir à un accord, la Loi les autorise à demander au ministre de nommer un médiateur pour les aider à régler les questions en litige. Si la médiation est infructueuse, le ministre peut régler la ou les questions en litige. La décision du ministre est alors exécutoire pour les parties.

Trois offices régionaux de la santé sont responsables d'hôpitaux dirigés par des personnes morales offrant des soins de santé dans les régions qu'ils desservent. Les offices ont les accords nécessaires avec ces personnes morales qui permettent à l'office régional de la santé de déterminer le financement qui sera accordé en s'appuyant sur des données objectives, des pratiques exemplaires et les critères qui s'appliquent normalement pour des établissements comparables. Dans toutes les autres régions, les hôpitaux sont dirigés en vertu de la *Loi sur les offices régionaux de la santé*. SAVAM doit approuver l'affectation des ressources par les offices

régionaux de la santé, dans le cadre de l’approbation des plans de santé régionaux que ces offices régionaux sont tenus de soumettre aux fins d’approbation conformément à l’article 24 de la *Loi sur les offices régionaux de la santé*. Selon l’article 23, les offices régionaux de la santé doivent affecter les ressources en conformité avec le plan de santé régional approuvé.

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

Aucune modification législative apportée à la Loi ou à son Règlement au cours de l’exercice 2018–2019 n’a touché les paiements aux hôpitaux.



6.0 RECONNAISSANCE ACCORDÉE AUX TRANSFERTS FÉDÉRAUX

Dans les documents officiels, le Manitoba reconnaît régulièrement les contributions versées par le gouvernement fédéral au titre du Transfert canadien en matière de santé. Les transferts fédéraux sont indiqués dans le document Budget des dépenses et des recettes (budget du Manitoba) et dans les comptes publics du Manitoba. Les deux documents sont publiés chaque année par le gouvernement du Manitoba.

PERSONNES INSCRITES

Année	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
1. Nombre en date du 31 mars	1 317 861	1 320 343	1 339 308	1 369 673	1 370 642 ¹

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE

ÉTABLISSEMENTS PUBLICS

Année	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
2. Nombre	96	96	96	96	96
3. Paiements pour des services de santé assurés (\$)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible

ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS À BUT LUCRATIF

Année	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
4. Nombre d'établissements privés à but lucratif offrant des services de santé assurés	0 ²	0 ²	0 ²	0 ²	0 ²
5. Paiements aux établissements privés à but lucratif pour des services de santé assurés (\$) ¹	0 ²	0 ²	0 ²	0 ²	0 ²

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

Année	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
6. Nombre total de demandes, patients hospitalisés	2 829	2 507	2 458	2 569	2 491
7. Total des paiements, patients hospitalisés (\$)	25 458 440	27 875 311	28 194 575	31 845 644	33 989 616
8. Nombre total de demandes, patients externes	32 083	30 485	30 412	30 843	31 401
9. Total des paiements, patients externes (\$)	11 010 715	10 542 720	11 535 541	12 579 590	12 742 040

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA

PRÉ-APPROUVÉS

Année	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
10. Nombre total de demandes, patients hospitalisés	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
11. Total des paiements, patients hospitalisés (\$)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
12. Nombre total de demandes, patients externes	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
13. Total des paiements, patients externes (\$)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible

¹ Population en date du 1^{er} juin 2017.

² Depuis 2014-2015, SAVAM n'a plus d'arrangements avec les établissements privés à but lucratif. Ces établissements sont accessibles par l'entremise des offices régionaux de la santé. Cela se reflète dans les données révisés pour 2014-2015.

NON PRÉ-APPROUVÉS

Année	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
14. Nombre total de demandes, patients hospitalisés ³	614	616	589	613	567
15. Total des paiements, patients hospitalisés (\$)³	1 697 912	5 162 892	3 148 170	3 160 654	1 930 540
16. Nombre total de demandes, patients externes ³	12 028	1 982	10 842	11 615	10 542
17. Total des paiements, patients externes (\$)³	3 344 999	3 790 531	3 652 283	4 463 261	6 790 798

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE

Année	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
18. Nombre de médecins participants ³	2 510	2 533	2 660	2 709	2 755
19. Nombre de médecins ayant opté pour le retrait du régime d'assurance-santé	0	0	0	0	0
20. Nombre de médecins non participants	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
21. Total des paiements des services médicaux rémunérés pour l'ensemble des méthodes de paiement (\$)⁴	1 134 521 000	1 204 757 000	1 283 742 000	1 252 850 000	1 339 598 000
22. Total des paiements des services médicaux rémunérés à l'acte (\$)	742 136 000	784 398 000	867 122 000	845 522 000	901 784 000

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS AUX RÉSIDENTS DANS UNE AUTRE PROVINCE OU UN AUTRE TERRITOIRE²

Année	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
23. Nombre de services	244 903	263 393	254 395	273 056	271 009
24. Total des paiements (\$)	11 963 709	12 545 113	13 062 681	13 818 753	13 898 168

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA

PRÉ-APPROUVÉS

Année	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
25. Nombre de services ³	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
26. Total des paiements (\$)³	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible

NON PRÉ-APPROUVÉS

Année	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
27. Nombre de services ³	7 785	7 995	6 641	6 867	5 888
28. Total des paiements (\$)³	1 048 275	1 269 879	1 042 755	788 816	768 212

³ Les demandes dans notre système de données ne peuvent pas être séparées en demandes pré-approuvées ou non pré-approuvées, par conséquent, les chiffres reflètent le total des demandes et des paiements tels que déclarés pour les années précédentes.

⁴ Santé Canada a demandé ces données à partir du rapport 2016-2017, mais n'a pas exigé des provinces ou des territoires qu'ils fassent rapport sur les années précédentes.

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

Année	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
29. Nombre de dentistes participants	190	207	227	222	247
30. Nombre de dentistes ayant opté pour le retrait du régime d'assurance-santé ⁴	sans objet	sans objet	non disponible	0	0
31. Nombre de dentistes non participants ⁴	sans objet	sans objet	non disponible	515	495
32. Nombre de services fournis	6 397	6 561	7 249	7 415	7 081
33. Total des paiements (\$)	2 083 453	1 531 281	1 851 615	2 047 349	1 872 000

SASKATCHEWAN



Le ministère de la Santé de la Saskatchewan met l'accent sur notre programme accordant la priorité au patient et qui se trouve axé sur une meilleure santé, de meilleurs soins, une meilleure utilisation des deniers publics et de meilleures équipes pour la population de la Saskatchewan. Le Ministère est à la recherche constante d'approches novatrices pour mieux répondre aux besoins et prendre en compte les valeurs des patients et de leur famille dans la planification et la prestation des soins.

La transition de la Saskatchewan de 12 régies régionales de la santé à une seule régie provinciale de la santé en 2017 a découlé de l'engagement d'améliorer les soins de première ligne pour les patients de la Saskatchewan. La province poursuit la normalisation des processus et des politiques afin de mieux coordonner les services de santé dans l'ensemble de la province et de s'assurer de faire en sorte que les patients puissent recevoir en temps opportun des soins de santé de grande qualité, peu importe leur lieu de résidence en Saskatchewan.

Le système de prestation de soins de santé de la Saskatchewan comprend l'Agence de lutte contre le cancer de la Saskatchewan, la Cybersanté Saskatchewan, les Services de santé partagés de la Saskatchewan (3sHealth), la régie de santé d'Athabasca, les organisations de soins de santé affiliés et un groupe diversifié de professionnels pratiquant pour la plupart au privé. La province compte 28 professions de la santé autoréglémentées, qui sont supervisés par 26 organismes de réglementation, et l'ensemble du système de santé emploie environ 46 000 personnes offrant tout un éventail de services.

Le Ministère continuera d'assurer la supervision stratégique efficace de la régie de la santé de la Saskatchewan ainsi que de l'Agence de lutte contre le cancer de la Saskatchewan et d'encourager le leadership des conseils, de la direction et des professionnels de la santé à tous les niveaux.

Le Ministère poursuit ses partenariats avec les organisations locales, régionales, provinciales, nationales et internationales, car ceux-ci demeurent essentiels pour que les résidents de la Saskatchewan dans leur ensemble aient accès à des services de santé de qualité.

Consultez le [site Web de la Saskatchewan](#) (en anglais seulement) pour plus de renseignements sur les programmes et les services du Ministère.



1.0 GESTION PUBLIQUE

1.1 Régime d'assurance-santé et autorité publique

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

- › payer, en tout ou en partie, le coût associé à la prestation des services de santé pour toutes les personnes ou classes de personnes pouvant être désignées par le lieutenant-gouverneur en conseil;
- › accorder des subventions ou des prêts à la régie provinciale 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 en Saskatchewan, où le ministre juge ces services nécessaires;
- › verser des subventions aux organismes de santé, lorsque le ministre le juge nécessaire;
- › verser des subventions pour stimuler et favoriser la recherche en santé publique et la réalisation d'enquêtes et d'études dans ce domaine.

Les articles 8 et 9 de la *Saskatchewan Medical Care Insurance Act* donnent au ministre le pouvoir d'établir et de gérer un régime d'assurance-santé pour les résidents de la province. La *Provincial Health Authority Act*, mise sur pied en 2017, portait sur l'autorité de fusionner les 12 régies régionales de la santé en une seule régie.

Les articles 3 et 9 de la *Cancer Agency Act* donnent le pouvoir d'établir la Saskatchewan Cancer Agency, et confèrent à cet organisme le mandat de coordonner un programme de diagnostic, de prévention et de traitement du cancer.

Les mandats du ministère de la Santé de la Saskatchewan, de la régie provinciale de la santé et de la Saskatchewan Cancer Agency sont définis dans la *Health Administration Act*, la *Provincial Health Authority Act* et la *Cancer Agency Act*.

1.2 Liens hiérarchiques

Le Ministère relève directement du ministre, à qui il doit présenter périodiquement des comptes rendus sur l'allocation, et l'administration des fonds, dédiés aux services médicaux, hospitaliers et de chirurgie dentaire assurés.

En vertu de l'article 36 de la *Medical Care Insurance Act*, le ministre de la Santé doit soumettre un rapport annuel sur le régime d'assurance-santé à l'Assemblée législative.

La *Provincial Health Authority Act* exige que la régie provinciale de la santé soumette au ministre les documents suivants :

- › un rapport sur les activités de la régie provinciale de la santé;
- › un ensemble complet d'états financiers vérifiés.

Conformément à la loi, le ministre présente ensuite ces rapports et états financiers à l'Assemblée législative.

En vertu de l'article 7-4 de la *Provincial Health Authority Act*, la régie provinciale de la santé et la Cancer Agency soumettent au ministre tout rapport que celui-ci pourrait leur demander, le cas échéant. La régie provinciale de la santé et la Cancer Agency doivent aussi soumettre des documents financiers variés et un plan d'action sur les services de santé au Ministère.

1.3 Vérification des comptes

Le vérificateur provincial effectue une vérification annuelle des ministères et organismes gouvernementaux, y compris le Ministère. La vérification du Ministère inclut l'examen des paiements du Ministère, y compris, mais sans s'y limiter, les paiements versés à la régie de la santé de la Saskatchewan (RSS), à la Saskatchewan Cancer Agency et aux médecins et chirurgiens-dentistes pour les services médicaux et les chirurgies dentaires assurés.

L'article 7-7 de la *Provincial Health Authority Act* stipule qu'un vérificateur indépendant, possédant les compétences requises et nommé à cette fin par la RSS et la Saskatchewan Cancer Agency, doit vérifier au moins une fois par exercice les comptes de la RSS et de la Saskatchewan Cancer Agency. La RSS et la Saskatchewan Cancer Agency doivent soumettre annuellement au ministre leurs états financiers détaillés et vérifiés.

Les dernières vérifications portaient sur l'exercice prenant fin le 31 mars 2019. La RSS et la Saskatchewan Cancer Agency déposent chacune un rapport annuel à l'Assemblée législative de la Saskatchewan, à chaque année, qui inclue leur état financier vérifié. Le gouvernement de la Saskatchewan dépose aussi, à chaque année, ses états financiers vérifiés (comptes publics) à l'Assemblée législative. Le public peut obtenir les rapports directement de chacun de ces groupes et les consulter sur leurs sites Web.

Le Bureau du vérificateur provincial de la Saskatchewan fournit une assurance indépendante (rapports de vérification) et des conseils sur les pratiques de gestion et de responsabilisation du gouvernement à l'égard des ressources publiques qui lui sont confiées. Il informe l'Assemblée législative sur la fiabilité des renseignements financiers et opérationnels du gouvernement, la conformité de ce dernier aux autorisations législatives et sur le caractère adéquat de sa gestion des ressources publiques. Ses rapports sont disponibles sur le [site Web du vérificateur provincial de la Saskatchewan](#) (en anglais seulement).



2.0 INTÉGRALITÉ

2.1 Services hospitaliers assurés

En vertu de l'article 2-7 de la *Provincial Health Authority Act*, le ministre de la Santé de la Saskatchewan (le ministre) peut fournir du financement à la régie provinciale de la santé ou à un organisme de santé pour l'application de cette loi.

En vertu de l'article 2-9 de la Loi, le ministre peut désigner des établissements, dont des hôpitaux, des foyers de soins spéciaux et des centres de santé. L'article 2-10 permet au ministre de prescrire des normes pour la prestation de services dans ces établissements de la régie provinciale de la santé et dans les organismes de soins de santé qui ont conclu des ententes de services avec la régie provinciale de la santé.

La Loi impose à la régie provinciale de la santé et aux organismes de soins de santé des exigences de reddition de comptes. Par exemple, ceux-ci doivent faire approuver leurs plans annuels financiers et de services de santé par le ministre (article 7-2), faire approuver par le ministre les règlements généraux et les règlements des praticiens de la régie provinciale de la santé, de la Cancer Agency ou des filiales (article 6-3[1]) et signaler les incidents majeurs (article 8-2). Le ministre peut également établir un registre pour faciliter la gestion des temps d'attente en chirurgie (article 2-11). Il conserve ses pouvoirs de faire enquête (article 8-3), de nommer un administrateur public au besoin (article 8-4) et d'approuver des règlements généraux et des règlements concernant les professionnels de la santé faisant partie du personnel d'un établissement (articles 6-1 à 6-3).

Le financement des hôpitaux est inclus dans les fonds octroyés à la régie provinciale de la santé.

Les hôpitaux fournissent une gamme complète de services assurés, notamment :

- › l'hébergement en salle commune;
- › les services infirmiers nécessaires;
- › l'usage des salles d'opération et des salles de travail;
- › les fournitures et les matériels médicaux et chirurgicaux requis;
- › les actes de radiographie, de laboratoire, de radiologie ou autres actes de diagnostic;
- › les installations de radiothérapie;
- › les agents anesthésiques et l'usage de matériel d'anesthésie;
- › les actes de physiothérapie;
- › tous les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes administrés à l'hôpital;
- › les services fournis par les personnes rémunérées à cet effet par l'hôpital.

Les hôpitaux sont regroupés dans les cinq catégories suivantes : communautaire, du Nord, de district, régional et provincial. Ainsi, la population sait à quoi s'attendre à chaque hôpital. Même si les types de services peuvent varier d'un hôpital à l'autre, voici ce que l'on entend par fiabilité et prévisibilité :

- › la plupart des gens savent quels types de services sont offerts par chaque hôpital;
- › ces services sont fournis sur une base permanente, sous réserve de la présence de fournisseurs de soins compétents.

La régie provinciale de la santé a le pouvoir de modifier la façon dont elle offre les services hospitaliers assurés en fonction d'une évaluation des besoins en santé de la population, de la disponibilité des fournisseurs de soins et des ressources financières.

Le processus d'ajout d'un service à la liste des services hospitaliers couverts par le régime d'assurance-santé comporte un examen approfondi prenant en compte des facteurs comme les besoins, le volume anticipé, les résultats cliniques du service proposé par rapport à ceux d'autres services, le coût ainsi que les besoins en ressources humaines, y compris la disponibilité des fournisseurs et les exigences relatives à la certification initiale et continue de leurs compétences. Habituellement, ce processus est entrepris à l'instigation de la régie provinciale de la santé et, selon la demande de service particulière, il peut nécessiter des consultations auprès de plusieurs directions générales du ministère de la Santé et de groupes d'intervenants externes, comme des fournisseurs de services et le public.

2.2 Services médicaux assurés

Les articles 8 et 9 de la *Saskatchewan Medical Care Insurance Act* autorisent le ministre de la Santé à établir et à gérer un régime d'assurance-santé pour les résidents de la province. On peut prendre connaissance de tous les honoraires des médecins dans le [barème des prestations assurées](#) (en anglais seulement). En date du 31 mars 2019, 2 600 médecins étaient autorisés à exercer la médecine dans la province et à participer au régime d'assurance-santé. De ce nombre, 1 340 (51,5 %) étaient des médecins de famille et 1 260 (48,5 %) étaient des spécialistes. Un médecin peut choisir de ne pas participer au régime d'assurance-santé (dans la loi de la Saskatchewan, « opting out » c'est-à-dire non-participation), mais ce faisant, il ne peut participer à aucun service médical assuré. Selon la loi, le médecin non-participant doit informer ses patients admissibles que ses services ne sont pas assurés par le régime, qui ne les remboursera donc pas. Une reconnaissance écrite du patient attestant qu'il comprend l'information donnée par le médecin est également requise.

En date du 31 mars 2019, aucun médecin de la Saskatchewan n'était non-participant.

Les services médicaux assurés sont les services médicalement nécessaires fournis par un médecin et couverts par le régime d'assurance-santé du ministère de la Santé de la Saskatchewan. Ils figurent au barème des prestations des médecins du *Saskatchewan Medical Care Insurance Payment Regulations*, un règlement de la *Medical Care Insurance Act* de 1994.

Il existe un processus de discussion officielle et de négociation entre les responsables du régime de soins médicaux et la Saskatchewan Medical Association concernant les ajouts à la liste des services médicaux assurés et la modification des règles de définition ou d'évaluation de services existants. Le directeur administratif de la Medical Services Branch gère ce processus. En cas d'ajout à la liste de services médicaux assurés ou de changements apportés à un service médical existant, la modification apparaît dans le barème des prestations des médecins. Il faut qu'une modification réglementaire soit apportée à la *Saskatchewan Medical Care Insurance Payment Regulations* pour qu'elle ait le pouvoir de payer les tarifs mis à jour aux médecins et aux nouveaux services assurés.

Bien qu'il n'y ait pas de consultations publiques formelles, tout membre du public peut recommander l'ajout d'un service médical au régime de soins.

2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

Un dentiste peut choisir de ne pas participer au régime d'assurance-santé (dans la loi de la Saskatchewan, « opting out » c'est-à-dire non-participation), mais ce faisant, il ne peut participer à aucun service assuré de chirurgie dentaire. Le dentiste non-participant doit informer ses patients admissibles que ses services ne sont pas assurés par le régime, qui ne les remboursera donc pas. Une reconnaissance écrite du patient attestant qu'il comprend l'information donnée par le dentiste est également requise.

En date du 31 mars 2019, aucun dentiste de la Saskatchewan n'était non-participant.

Les services de chirurgie dentaire assurés sont limités :

- › à la chirurgie buccale ou maxillo-faciale et aux services auxiliaires si le paiement du service est inclus dans le calendrier de paiement du dentiste;
- › aux services d'orthodontie ou de moulage naso-alvéolaire pour le traitement de la fente palatine lorsque le bénéficiaire recevant le service est référé au dentiste par un médecin ou un autre dentiste;
- › à l'extraction de toute dent nécessaire avant la prestation de services de chirurgie cardiaque, de services pour les maladies rénales chroniques, de services de greffe de cellules souches, de services pour le cancer de la tête ou du cou ou de services pour le remplacement total d'une articulation par une prothèse, ou résultant d'un traitement de radiothérapie du cancer, lorsque :
 - i. le bénéficiaire est adressé au dentiste par un spécialiste du domaine d'exercice dans lequel les services sont fournis;
 - ii. le spécialiste recommande que le paiement soit effectué pour le service;
 - iii. le ministre approuve le paiement.

De plus, toute anesthésie dentaire pour les bénéficiaires de moins de 14 ans est financée par l'État.

Des services de chirurgie dentaire peuvent être ajoutés à la liste de services assurés du régime d'assurance-santé à la suite d'un processus de discussion, de consultation et de négociation avec les chirurgiens-dentistes de la province. Le directeur administratif de la Medical Services Branch gère le processus d'ajout d'un nouveau service. Tout membre du public peut recommander l'ajout de services de chirurgie dentaire au régime de soins médicaux, même en l'absence de consultation publique officielle à ce sujet.

En date du 31 mars 2019, il y avait quelque 518 dentistes et chirurgiens-dentistes exerçant leur profession dans les principaux centres de la Saskatchewan. Quatre-vingt-huit offraient des services assurés dans le cadre du régime d'assurance-santé.

2.4 Services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

En Saskatchewan, les services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés sont :

- › les services hospitaliers aux patients hospitalisés et externes, lorsqu'ils ne sont pas nécessaires sur le plan médical;
- › les services prescrits comme étant des « services non assurés » dans la loi;
- › le coût supplémentaire de l'hébergement en chambre individuelle ou à deux lits, lorsque ce type d'hébergement n'est pas prescrit par un médecin;
- › les services de physiothérapie et d'ergothérapie qui ne sont pas fournis par la régie provinciale de la santé ou dans le cadre d'un contrat avec celle-ci;
- › les services fournis par un établissement de santé autre qu'un hôpital, sauf en cas d'entente avec la régie provinciale de la santé, pourvu que cet établissement détienne une licence en vertu de la *Patient Choice Medical Imaging Act* ou de la *Health Facilities Licensing Act*;
- › les services assurés hospitaliers, médicaux ou de chirurgie dentaire non urgents obtenus à l'extérieur du Canada qui n'ont pas fait l'objet d'une approbation écrite préalable;
- › les services médicaux non urgents qui ne sont pas nécessaires sur le plan médical;
- › les services de chirurgie dentaire qui ne sont pas nécessaires sur le plan médical;
- › les services reçus dans le cadre d'autres programmes publics, par exemple en vertu de la *Workers' Compensation Act* et de la *Mental Health Services Act*, ou du ministère fédéral des Anciens combattants.

Par principe et conformément aux politiques, les services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire assurés sont fournis aux résidents en fonction d'un besoin clinique évalué. En Saskatchewan, il est interdit d'imposer des frais pour tout service hospitalier, médical ou de chirurgie dentaire assuré. Il est par contre possible d'en imposer à l'égard de services ou de produits médicaux améliorés, mais seulement s'ils ne sont pas réputés médicalement nécessaires ou s'il ne s'agit pas un service assuré. La surveillance de la conformité se fait par voie de consultation la régie provinciale de la santé, des médecins et des dentistes, ainsi que par le biais de plaintes de membres du public.

Lorsqu'on détermine qu'un service hospitalier assuré n'est plus médicalement nécessaire ou cliniquement approprié, il est typiquement déclaré non-assuré par le gouvernement. Le processus implique des discussions parmi les intervenants, les praticiens et les représentants du ministère de la Santé de la Saskatchewan.

Les services médicaux qui sont assurés pourraient également ne plus l'être si l'on estime qu'ils ne sont plus médicalement nécessaires ou cliniquement appropriés. Le processus implique des consultations avec la Saskatchewan Medical Association et est géré par le directeur administratif de la Medical Services Branch.

Les services de chirurgie dentaire peuvent être retirés de la liste des services assurés s'ils ne sont pas jugés médicalement nécessaires ou cliniquement appropriés. Le processus implique des discussions et consultations avec les chirurgiens-dentistes de la province, et est géré par le directeur administratif de la Medical Services Branch.

S'il y a lieu, des consultations publiques officielles peuvent être tenues si on envisage de retirer des services hospitaliers, médicaux ou de chirurgie dentaire de la liste des services assurés.



3.0 UNIVERSALITÉ

3.1 Admissibilité

La *Saskatchewan Medical Care Insurance Act* (articles 2 et 12) et le *Medical Care Insurance Beneficiary and Administration Regulations* définissent l'admissibilité aux services de santé assurés en Saskatchewan. En vertu de l'article 11 de la Loi, tous les résidents de la province doivent s'inscrire au régime de soins de santé.

Bien que le règlement établisse les classes de bénéficiaires exemptés des services assurés en vertu de la loi, il est possible pour un résident de demander que le registre de l'assurance-maladie ne délivre pas de carte d'assurance-maladie dans certains cas (p. ex. pour des raisons religieuses).

L'admissibilité est limitée aux résidents. Un « habitant » (résident) est une personne légalement autorisée à demeurer au Canada, domiciliée et habituellement présente en Saskatchewan, 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 personnes suivantes ne sont pas couvertes par le régime d'assurance-santé de la Saskatchewan :

- › les membres des Forces canadiennes, les détenus sous responsabilité fédérale et les demandeurs du statut de réfugié, les personnes en visite dans la province;
- › les personnes assurées par le régime de leur province ou de leur territoire de résidence qui séjournent en Saskatchewan (par exemple, les étudiants et les travailleurs assurés par le régime de leur province ou de leur territoire de résidence aux termes des dispositions concernant les absences temporaires).

Toutefois, ces personnes peuvent devenir admissibles dans les cas suivants :

- › les personnes qui quittent les Forces canadiennes, pourvu qu'elles soient alors en poste en Saskatchewan ou résidents de cette province le jour de leur libération;
- › les détenus sous responsabilité fédérale qui sont libérés (qui ont purgé leur sentence ou qui ont obtenu une libération conditionnelle et vivent dans la communauté);
- › les demandeurs du statut de réfugié qui viennent d'obtenir ce statut au sens de la Convention relative au statut des réfugiés (documents de l'immigration exigés).

Les personnes dont la demande de carte d'assurance-maladie provinciale a été rejetée peuvent faire appel de la décision en remplissant et en envoyant le formulaire d'appel pour demande de carte des Services de santé de la Saskatchewan à Cybersanté Saskatchewan (Registres de santé).

En date du 30 juin 2018, 1 196 842 personnes étaient inscrites aux services de santé en Saskatchewan.

3.2 Autres catégories de personnes

Les autres catégories de personnes admissibles à l'assurance-santé sont les personnes autorisées à entrer au Canada et à y séjourner à titre de titulaire d'un permis de travail, d'un permis d'études ou d'un permis du ministre délivré par Citoyenneté et Immigration Canada. Les membres de leur famille qui les accompagnent peuvent aussi être admissibles à l'assurance-santé.

Les réfugiés sont admissibles sur confirmation de leur statut de réfugié au sens de la Convention et s'ils sont de plus titulaires d'un permis de travail, de séjour pour étudiants ou d'un permis du ministre, ou s'ils ont obtenu le statut de résident.



4.0 TRANSFÉRABILITÉ

4.1 Période d'attente minimale

En général, les assurés d'une autre province ou d'un territoire qui déménagent en Saskatchewan sont admissibles à compter du premier jour du troisième mois suivant l'établissement de la résidence. Cependant, si un conjoint arrive avant l'autre conjoint, ce dernier devient admissible à la première des dates suivantes : a) premier jour du troisième mois suivant son arrivée; ou b) premier jour du treizième mois suivant l'établissement de résidence du conjoint arrivé le premier.

4.2 Couverture durant des absences temporaires au Canada

L'article 3 du *Medical Care Insurance Beneficiary and Administration Regulations* de la *Saskatchewan Medical Care Insurance Act* définit les règles de transférabilité de l'assurance-santé pour les résidents de la Saskatchewan durant les absences temporaires au Canada.

Les résidents de la Saskatchewan peuvent maintenir leur assurance-santé pendant une période d'absence temporaire, à condition que le titulaire ait l'intention de retourner vivre en Saskatchewan.

- › Les résidents de la Saskatchewan doivent être physiquement présents dans la province pendant au moins 5 mois sur une période de 12 mois.
- › Les résidents de la Saskatchewan qui s'absentent temporairement de la province pendant sept mois ou plus doivent présenter une demande d'absence prolongée comme suit :
 - › études : pour la durée des études dans un établissement d'enseignement reconnu (la confirmation par l'établissement du statut d'étudiant à temps plein et de la date prévue d'obtention du diplôme sont requises);
 - › emploi d'une durée maximale de 12 mois au Canada;
 - › des vacances et des voyages d'une durée maximale de 12 mois.

En 2015–2016, la Saskatchewan a modifié la *Medical Care Insurance Beneficiary and Administration Regulations* pour augmenter la durée pendant laquelle ses résidents peuvent quitter la province tout en conservant leur participation au régime d'assurance-santé. Dorénavant, les résidents peuvent maintenir leur participation au régime d'assurance-santé après avoir quitté la Saskatchewan pendant un maximum de sept mois. Auparavant, les résidents ne pouvaient quitter la Saskatchewan pendant plus de six mois, sur une période de douze mois, sans que leur participation au régime d'assurance-santé soit interrompue. La nouvelle politique est en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2016.

L'article 6.6 de la *Health Administration Act* autorise le paiement de services aux patients hospitalisés aux personnes admissibles de la Saskatchewan pendant une absence temporaire de la province. L'article 10 du *Medical Care Insurance Payment Regulations* de 1994 autorise le paiement des services médicaux aux personnes admissibles de la Saskatchewan pendant une absence temporaire de la province.

La Saskatchewan a conclu des ententes bilatérales de facturation des services hospitaliers avec toutes les provinces. Le Québec ne participe pas à la facturation réciproque des services médicaux.

4.3 Couverture durant les séjours temporaires à l'extérieur du Canada

L'article 3 du *Medical Care Insurance Beneficiary and Administration Regulations de la Saskatchewan Medical Care Insurance Act* définit les règles de transférabilité de l'assurance-santé pour les résidents de la Saskatchewan durant une absence temporaire du Canada.

Les résidents de la Saskatchewan peuvent maintenir leur assurance-maladie pendant une période d'absence temporaire, à condition que le titulaire ait l'intention de retourner vivre en Saskatchewan.

- › Les résidents de la Saskatchewan doivent être physiquement présents dans la province pendant un minimum de 5 mois sur une période de 12 mois.

- › Les résidents qui s'absentent temporairement de la province pendant 7 mois ou plus doivent présenter une demande d'absence prolongée comme suit :
 - › études : pour la durée des études dans un établissement d'enseignement reconnu (une confirmation par l'établissement du statut d'étudiant à temps plein et de la date prévue d'obtention du diplôme est requise);
 - › emploi d'une durée maximale de 24 mois à l'extérieur du Canada;
 - › des vacances et des voyages d'une durée maximale de 12 mois.

L'article 3 du *Medical Care Insurance Beneficiary and Administration Regulations* prévoit une couverture de durée indéterminée relativement aux absences temporaires pour les personnes dont la résidence principale est en Saskatchewan, mais qui ne peuvent satisfaire à l'obligation légale d'y résider effectivement six mois par année en raison d'un emploi qui les oblige à voyager d'un endroit à l'autre à l'étranger (les employés de compagnies de croisières, par exemple).

En vertu de l'article 6.6 de la *Health Administration Act*, un résident est admissible à la couverture de l'assurance-santé durant un séjour temporaire à l'étranger. En résumé, la couverture s'applique aux services hospitaliers médicalement nécessaires fournis à un patient hospitalisé, au tarif de 100 \$ par jour pour les services aux patients hospitalisés et de 50 \$ par visite et par jour pour les services aux patients externes.

4.4 Nécessité d'une approbation préalable

À l'extérieur de la province

Le ministère de la Santé de la Saskatchewan couvre, dans le cadre d'une entente de facturation réciproque, la plupart des soins hospitaliers et médicaux reçus ailleurs au Canada par les résidents de la province. Ces arrangements signifient que les résidents n'ont pas besoin d'approbation préalable et ne peuvent pas être facturés pour la plupart des services hospitaliers et médicaux reçus dans le cadre du système public de soins de santé dans d'autres provinces ou territoires lorsqu'ils voyagent au Canada. Les frais de déplacement, les repas et l'hébergement ne sont pas couverts. Une approbation préalable est requise pour les services suivants offerts à l'extérieur de la province :

- › traitement de l'alcoolisme ou de la toxicomanie, services en santé mentale, services de rétablissement, services pour joueurs compulsifs, soins à domicile, certains services de réadaptation et les services non admissibles à la facturation réciproque.

Le spécialiste du patient doit obtenir l'approbation préalable du ministère de la Santé de la Saskatchewan.

À l'extérieur du pays

Le médecin spécialiste qui veut diriger un patient vers l'étranger pour recevoir un traitement non disponible en Saskatchewan ou ailleurs au pays doit d'abord demander au régime d'assurance-santé du ministère de la Santé de la Saskatchewan d'approuver la couverture. La Saskatchewan Cancer Agency est consultée pour les demandes de traitement du cancer

à l'étranger. Si l'approbation est accordée, le ministère de la Santé de la Saskatchewan couvrira tous les frais du traitement, à l'exception des services non couverts dans la province.

En Saskatchewan, le Comité d'examen des services de santé (CESS) est un comité indépendant qui examine les décisions du gouvernement au sujet des demandes sur la couverture médicale de soins prodigués à l'extérieur de la province et à l'extérieur du pays, s'assure que la loi, les politiques et les lignes directrices sont appliquées de façon appropriée.

Le ministère de la Santé informe les demandeurs admissibles qu'ils peuvent demander un examen par le CESS après le rejet de leur demande d'une couverture de soins prodigués à l'extérieur de la province ou du pays. Une personne peut demander au CESS d'examiner sa demande seulement si la demande de couverture portait sur des services médicaux assurés prodigués à l'extérieur de la province, des services médicaux facultatifs assurés prodigués à l'extérieur du pays (soins médicaux et hospitaliers) ou des programmes de santé communautaire (santé mentale, toxicomanie, problème de jeu et services de réhabilitation).

Si le CESS juge un demandeur non admissible ou s'il maintient la décision du Ministère de la Santé de la Saskatchewan, la personne peut communiquer avec l'ombudsman provincial afin qu'un autre examen soit réalisé.



5.0 ACCESSIBILITÉ

5.1 Accès aux services de santé assurés

Afin qu'aucun obstacle de nature financière ne nuise à l'accès aux services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire assurés, la facturation de frais supplémentaires par les médecins ou les chirurgiens-dentistes et l'imposition de frais modérateurs par les hôpitaux pour des services de santé assurés sont interdits en Saskatchewan.

Conformément à l'article 18(1.1) de la *Saskatchewan Medical Care Insurance Act*, aucun médecin ni autre professionnel offrant un service assuré à un bénéficiaire ne peut demander ou accepter un paiement pour ce service, à un montant excédant le paiement prescrit pour ce service dans le *Saskatchewan Medical Care Insurance Regulations*.

En ce qui concerne la surfacturation et les frais modérateurs, la conformité est surveillée par l'entremise de consultations auprès de la régie provinciale de la santé, des médecins et des dentistes, ainsi que par les plaintes de membres du public. Voici les coordonnées pour communiquer avec le service général de renseignements du ministère de la Santé de la Saskatchewan :

Ministère de la Santé de la Saskatchewan
1-800-667-7766
info@health.gov.sk.ca

Lorsqu'un bénéficiaire présente une demande de remboursement pour les montants versés directement à un médecin pour la prestation de services assurés pour lesquels des frais de surfacturation ont été facturés, un message est envoyé au bénéficiaire (avec le médecin en copie conforme) afin de lui indiquer qu'en vertu de l'article 18 (1.1) de la *Saskatchewan Medical Care Insurance Payment Act*, un médecin doit accepter le montant négocié en tant que paiement complet des services assurés fournis à un bénéficiaire. Une fois que le régime d'assurance-santé a versé le montant pour les services médicaux admissibles, tout écart entre le montant facturé par le médecin et le montant versé par les Services médicaux doit être prélevé directement auprès du médecin. Si le bénéficiaire souhaite déposer une plainte, il lui est alors indiqué d'adresser celle-ci au Collège des médecins et des chirurgiens de la Saskatchewan.

De plus, un établissement privé tierce doit obtenir un permis d'établissement de santé afin de fournir certains services assurés (p. ex. des services chirurgicaux) au nom du système de santé financé par l'État. La *Health Facilities Licensing Act* (HFLA) autorise et détermine les conditions sous lesquelles un permis d'établissement de santé peut être délivré à un établissement privé. La HFLA stipule qu'un détenteur de permis ne peut pas facturer un bénéficiaire ou permettre à qui que ce soit de facturer un service de soins de santé assuré selon la définition de la HFLA.

La loi stipule que le ministre de la Santé de la Saskatchewan peut modifier, suspendre ou annuler un permis si, selon le ministre, le détenteur de permis n'a pas respecté la clause susmentionnée.

Les personnes qui souhaitent se plaindre de surfacturation ou de frais modérateurs peuvent le faire auprès du Collège des médecins et chirurgiens de la Saskatchewan. Le règlement 7.1 du Code de déontologie du Collège comprend :

- › faire preuve de respect à l'égard de tous les patients;
- › ne pas les exploiter pour des avantages personnels.

Toute infraction au Code de déontologie ou tout manquement à son respect constitue une conduite inconvenante, inappropriée, non professionnelle ou déshonorante au sens de la *Medical Care Insurance Act*.

Le système de soins de santé continue à renforcer la coordination, la communication et les lignes directrices de l'aiguillage pour mieux coordonner les services et assurer aux patients un meilleur accès aux spécialistes et aux services diagnostics les plus appropriés. La réduction des temps d'attente pour une consultation avec un spécialiste ou les services diagnostics (comme l'IRM et la TDM) permettra aux patients d'être traités plus rapidement.

Autres programmes et initiatives visant à améliorer l'accès

Le Programme des services globaux de soins de santé en médecine familiale vise à appuyer le recrutement et le maintien en poste de médecins de famille en reconnaissant l'apport des médecins qui dispensent une gamme complète de services à leurs patients et la continuité des soins qui résulte de ces services globaux.

Leveraging Immediate Non-Urgent Knowledge (LINK) est un service provincial de consultation téléphonique qui permet aux fournisseurs de soins primaires de consulter un spécialiste au sujet de problèmes de santé graves et/ou complexes non urgents chez les patients. LINK aide les patients à obtenir plus rapidement des réponses à leurs préoccupations en matière de santé, prévient les renvois inutiles et favorise de meilleurs renvois vers le bon spécialiste au besoin.

5.2 Rémunération des médecins

En vertu de l'article 6 du *Saskatchewan Medical Care Insurance Payment Regulations (1994)*, le ministre de la Santé doit effectuer le paiement des services assurés conformément aux barèmes des prestations des médecins et des dentistes.

La rémunération à l'acte est le mode de rémunération le plus courant pour la prestation de soins de santé assurés en Saskatchewan, bien qu'on utilise aussi la rémunération à la séance, les salaires et les méthodes mixtes. La rémunération à l'acte constitue le seul mécanisme de paiement des services de chirurgie dentaire assurés. Les dépenses pour les programmes et les services médicaux offerts dans la province s'élevaient à 1,072 milliards de dollars en 2018–2019, soit 556,8 millions pour la facturation à l'acte, 32,7 millions pour les programmes de couverture des salles d'urgence, 358,7 millions pour les services non rémunérés à l'acte. Un montant additionnel de 123,6 millions de dollars a été consacré au Clinical Services Fund, aux autres programmes de la Saskatchewan Medical Association et à des programmes de bourses.

Les médecins de la Saskatchewan n'imposent pas de tarifs monolithiques.

5.3 Paiements aux hôpitaux

Le financement versé à la régie de la santé de la Saskatchewan (RSS) est établi d'après les niveaux de financement antérieurs corrigés en fonction de l'inflation, des coûts des conventions collectives et des hausses d'utilisation. La RSS reçoit un budget global et doit affecter les fonds en fonction des besoins en services et des priorités que ses processus d'évaluation des besoins ont fait ressortir. La RSS peut recevoir des fonds supplémentaires pour les programmes hospitaliers spécialisés (p. ex. la dialyse rénale, les services spécialisés d'imagerie médicale, les services respiratoires spécialisés et les services chirurgicaux).

Les paiements à la RSS pour la prestation de services sont effectués conformément à l'article 2-7 de la *Provincial Health Authority Act*. La Loi confère au ministre de la Santé le pouvoir d'accorder des subventions à la RSS et aux organismes de soins de santé aux fins de la Loi, et de prendre des dispositions pour la prestation de services dans toute région de la Saskatchewan, si l'intérêt public le justifie.

La RSS produit un rapport annuel sur les résultats financiers globaux de ses activités.



6.0 RECONNAISSANCE ACCORDÉE AUX TRANSFERTS FÉDÉRAUX

Les contributions fédérales versées au titre du Transfert canadien en matière de santé sont reconnues publiquement par le gouvernement de la Saskatchewan dans :

- › le rapport annuel de 2018–2019 du ministère de la Santé;
- › le budget provincial de 2018–2019 et les documents connexes;
- › les comptes publics de 2017–2018;
- › les 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 également été reconnues dans des communiqués de presse, des documents de discussion, des discours et remarques lors de diverses conférences, de réunions et de forums de politiques publiques.

PERSONNES INSCRITES

Année	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
1. Nombre en date du 31 mars	1 152 330	1 154 257	1 176 932	1 199 429	1 196 842 ¹

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE

ÉTABLISSEMENTS PUBLICS

Année	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
2. Nombre	66	66	66	66	66
3. Paiements pour des services de santé assurés (\$)	1 889 855 000	1 943 748 000	1 976 162 750	1 968 702 500 ²	2 067 238 750 ²

ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS À BUT LUCRATIF

Année	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
4. Nombre d'établissements privés à but lucratif offrant des services de santé assurés	4	5	5	6	6
5. Paiements aux établissements privés à but lucratif pour des services de santé assurés (\$)	non disponible	non disponible	non disponible ³	non disponible ³	non disponible ³

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS AUX RÉSIDENTS DANS UNE AUTRE PROVINCE OU UN AUTRE TERRITOIRE⁴

Année	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
6. Nombre total de demandes, patients hospitalisés	4 113	4 923	4 376	4 277	4 174
7. Total des paiements, patients hospitalisés (\$)	42 834 000	67 838 500	49 817 000	54 776 000	64 494 900
8. Nombre total de demandes, patients externes	66 006	77 250	68 995	71 933	72 192
9. Total des paiements, patients externes (\$)	24 130 100	28 739 900	27 218 000	28 957 000	29 364 100

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA

PRÉ-APPROUVÉS

Année	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
10. Nombre total de demandes, patients hospitalisés	3	7	5	2	7
11. Total des paiements, patients hospitalisés (\$)	2 700 800	1 096 600	933 300	37 900	3 078 800
12. Nombre total de demandes, patients externes	72	176	52	53	218
13. Total des paiements, patients externes (\$)	411 000	1 066 600	405 900	269 600	2 055 800

¹ Les chiffres de la Saskatchewan au 30 juin 2018.

² Comme indiqué par la Régie de la santé de la Saskatchewan dans ses états financiers annuels vérifiés.

- Comprend les services de soins de courte durée, les services hospitaliers spécialisés et les services spécialisés en milieu hospitalier.
- N'inclut pas les services en santé mentale ou de traitement de la toxicomanie pour les patients hospitalisés.
- N'inclut pas les paiements versés à la Saskatchewan Cancer Agency pour la chimiothérapie et la radiothérapie des patients externes.
- La rémunération des médecins est incluse dans les secteurs fonctionnels appropriés.

³ Les services de tomodensitométrie et d'IRM ne sont pas considérés comme des services assurés en Saskatchewan au sens de la *Saskatchewan Medical Care Insurance Act*. Les établissements privés qui offrent des services de chirurgie, d'IRM et de tomodensitométrie peuvent recevoir des paiements pour ces services en vertu d'un contrat avec l'autorité sanitaire provinciale. Le ministère de la Santé ne verse pas directement de paiements à ces établissements.

⁴ Les données des années précédentes ont été reformulées pour refléter le nombre total de cas d'hospitalisation plutôt que les demandes, car une seule hospitalisation peut entraîner de nombreuses demandes.

NON PRÉ-APPROUVÉS

Année	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
14. Nombre total de demandes, patients hospitalisés	396	344	335	308	317
15. Total des paiements, patients hospitalisés (\$)	1 829 100	203 100	116 700	248 800	193 800
16. Nombre total de demandes, patients externes	1 404	1 403	1 285	1 191	1 244
17. Total des paiements, patients externes (\$)	69 200	69 700	62 200	58 700	69 400

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE

Année	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
18. Nombre de médecins participants	2 224	2 375	2 491	2 560 ⁵	2 600
19. Nombre de médecins ayant opté pour le retrait du régime d'assurance-santé	0	0	0	0	0
20. Nombre de médecins non participants	0	0	0	0	0
21. Total des paiements des services médicaux rémunérés pour l'ensemble des méthodes de paiement (\$)	898 584 963	941 409 025	982 568 484	997 950 125	1 009 110 700
22. Total des paiements des services médicaux rémunérés à l'acte (\$)	507 079 008	535 162 606	557 334 395	561 557 167 ⁶	556 831 300 ⁶

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

Année	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
23. Nombre de services	714 648	753 736	785 072	740 342	757 219
24. Total des paiements (\$)	37 220 270	40 339 800	42 855 888	41 691 900 ⁵	42 976 000

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA⁷

PRÉ-APPROUVÉS

Année	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
25. Nombre de services	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	596
26. Total des paiements (\$)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	500 368

NON PRÉ-APPROUVÉS

Année	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
27. Nombre de services	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	4 906
28. Total des paiements (\$)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	274 585

⁵ Le nombre a été réévalué.

⁶ Les chiffres se composent de la facturation à l'acte et du financement du Programme de couverture rurale d'urgence, qui est payé par le biais du programme de rémunération à l'acte.

⁷ Santé Canada a demandé que cette information soit ventilée en données préapprouvées et non préapprouvées à partir du rapport de 2018-2019, mais n'a pas exigé des provinces ou des territoires qu'ils fassent rapport sur les années précédentes.

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

Année	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
29. Nombre de dentistes participants	79	79	78	78	88
30. Nombre de dentistes ayant opté pour le retrait du régime d'assurance-santé ⁸	non disponible	non disponible	0	0	0
31. Nombre de dentistes non participants ⁸	non disponible	non disponible	0	0	0
32. Nombre de services fournis	17 346	18 777	13 139	11 550	10 916
33. Total des paiements (\$)	1 870 512	2 146 101	1 688 771	1 516 900	1 529 800

⁸ Santé Canada a demandé ces données à partir du rapport de 2016-2017, mais n'a pas exigé des provinces ou des territoires qu'ils fassent rapport sur les années précédentes.

ALBERTA



Le ministre de la Santé, le ministère de la Santé (Alberta Health) et l'autorité régionale de la santé (Alberta Health Services) un rôle de premier plan dans le système de soins de santé de l'Alberta. Toutes les personnes et entités collaborent afin de procurer aux Albertains des services de soins de santé publics sûrs, uniformes et universels.



1.0 GESTION PUBLIQUE

1.1 Régime d'assurance-santé et autorité publique

Le ministère de la Santé gère le Alberta Health Care Insurance Plan (AHCIP), régime d'assurance-santé de l'Alberta, conformément à la *Loi canadienne sur la santé*. Depuis 1969, la *Alberta Health Care Insurance Act* (AHCIA) régit le fonctionnement du AHCIP. Le ministère de la Santé définit la politique et l'orientation à suivre pour mettre en place un système de santé durable et responsable afin de promouvoir et de protéger la santé des Albertains. L'article 3 de la AHCIA habilite le AHCIP et désigne le ministre de la Santé de l'Alberta (le ministre), comme l'autorité publique responsable de l'administration et du fonctionnement du AHCIP. En 2018–2019, des modifications ont été apportées à la AHCIA pour traiter des droits de représentation de l'Association médicale de l'Alberta.

1.2 Liens hiérarchiques

Le ministre de la Santé de l'Alberta est responsable du AHCIP. La *Fiscal Planning and Transparency Act* prévoit un cadre pour la planification financière et l'établissement du budget du gouvernement. Le ministre est tenu de préparer un rapport annuel. Le rapport annuel du ministère de la Santé pour 2018–2019 a été rendu public le 28 juin 2019.

1.3 Vérification des comptes

Le vérificateur général de l'Alberta est un organe indépendant chargé d'effectuer les vérifications financières annuelles et autres vérifications relatives à la gestion des ressources publiques par le gouvernement. Conformément à la loi sur le vérificateur général de l'Alberta, les rapports de vérification sont déposés devant l'Assemblée législative. L'opinion du vérificateur général sur la vérification des états financiers consolidés de la province, qui comprend les opérations financières et d'autres informations du ministère de la Santé, a été publiée le 28 juin 2019 dans le rapport annuel 2018–2019 du gouvernement de l'Alberta. Le rapport indique que les états financiers consolidés présentent, de façon juste, à tous égards importants, la situation financière et les résultats des activités pour l'exercice prenant fin le 31 mars 2019.



2.0 INTÉGRALITÉ

2.1 Services hospitaliers assurés

En Alberta, Alberta Health Services est l'entité qui rend compte au ministre de la Santé de la prestation des services hospitaliers assurés. La *Hospitals Act*, le *Hospitalization Benefits Regulation* (AR 244/1990), la *Health Care Protection Act* (HCPA) et le *Health Care Protection Regulation* (AR 208/2000) régissent la prestation des services assurés par les hôpitaux ou les établissements de chirurgie désignés qui ne sont pas des hôpitaux. En 2018–2019, aucune modification n'a été apportée à la loi régissant les services hospitaliers assurés. Vous pouvez consulter le répertoire des hôpitaux approuvés en Alberta à : <https://open.alberta.ca/publications/hospital-services-in-alberta> (en anglais seulement).

Les services financés par l'État fournis dans les hôpitaux autorisés de l'Alberta comprennent tous les services hospitaliers cités dans la *Loi canadienne sur la santé*. Les services hospitaliers assurés vont des services diagnostiques et de traitement de niveaux élevés fournis aux patients hospitalisés et externes aux soins courants et à la prise en charge des patients présentant un état chronique diagnostiqué. Les services auxquels les patients ont accès en Alberta sont définis dans le *Hospitalization Benefits Regulation*. Vous pouvez consulter le Règlement sur le site de l'Imprimeur de la Reine de l'Alberta à : www.qp.alberta.ca (en anglais seulement).

La liste des services assurés figurant dans les règlements se veut à la fois complète et générique, limitant ainsi le besoin d'examen et de mise à jour périodiques. Aucun nouveau service n'a été ajouté en 2018–2019 aux services hospitaliers assurés par le Alberta Health Care Insurance Plan (AHCIP).

2.2 Services médicaux assurés

La *Alberta Health Care Insurance Act* (AHCIA) régit la rémunération des médecins pour les services médicaux assurés en vertu de l'article 6. Seuls les médecins qui satisfont aux exigences de la AHCIA peuvent présenter une demande de réclamation de rémunération pour la prestation de services assurés au titre du AHCIP.

En date du 31 mars 2019, il y avait 10 326 médecins participant au AHCIP. De ce nombre, 8 545 étaient exclusivement rémunérés à l'acte, 911 faisaient exclusivement l'objet d'un autre mode de rémunération et le reste, soit 870, profitait des deux modes de rémunération. En date du 31 mars 2019, il y avait deux médecins non participants dans la province.

Pour s'inscrire au AHCIP, le médecin doit remplir les formulaires d'inscription appropriés et fournir une copie de son permis d'exercice délivré par le College of Physicians and Surgeons of Alberta.

En vertu de l'article 8 de la AHCIA, tous les médecins sont réputés participer au AHCIP. Aux termes du paragraphe 8 (2), un médecin peut choisir de ne pas participer au AHCIP en prenant les mesures suivantes au moins 180 jours avant la date d'entrée en vigueur de son retrait du régime : a) aviser le ministre de la Santé par écrit de la date de retrait; b) publier un avis du retrait envisagé dans un journal à grand tirage de la région où il pratique; c) afficher un avis du retrait envisagé dans un endroit de son cabinet auquel les patients ont accès.

Pour tout médecin n'ayant jamais pratiqué en Alberta, les obligations juridiques sont établies au paragraphe 8 (3) de la AHCIA. Aux termes du paragraphe 8 (3), le médecin peut décider de ne pas participer au AHCIP avant de pratiquer en : a) avisant le ministre par écrit de la date à laquelle il commencera à pratiquer sans participer et en b) publiant un avis du retrait envisagé dans un journal à grand tirage de la région où il a l'intention de pratiquer.

En choisissant de ne pas participer au AHCIP, un médecin reconnaît que, à compter de la date d'entrée en vigueur, il ne participera pas au régime public de soins de santé. Cela signifie que le médecin ne peut faire une demande auprès du AHCIP pour se faire payer des services qui seraient autrement des services de santé assurés et que le patient ne peut se faire rembourser les sommes qu'il a payées pour obtenir des services de santé auprès d'un médecin non participant.

L'article 12 du *Alberta Health Care Insurance Regulation* (AR 76/2006) énumère les services de santé qui ne sont pas considérés comme étant de base ou complémentaires. Le *Medical Benefits Regulation* (AR 84/2006) fixe les prestations accordées pour les services médicaux assurés fournis aux résidents de l'Alberta. Ces services sont décrits dans le barème des prestations pour les services médicaux que l'on peut consulter à : www.alberta.ca/fees-health-professionals.aspx (en anglais seulement).

Le ministère de la Santé s'engage à avoir un barème des prestations pour les services médicaux qui appuie l'amélioration continue tout en étant adapté à la réforme des soins de santé. La participation de la communauté médicale est toujours sollicitée et des codes de services de santé sont créés afin que le barème tienne compte de la norme de pratique actuelle en Alberta. Il n'y a pas de consultation publique. Toute modification du barème des prestations doit être approuvée par le ministre de la Santé.

En 2018–2019, aucun service de santé n'a été ajouté au Barème; toutefois, de nouveaux codes de services de santé ont été ajoutés (pour l'aide à mourir, les opérations sur les nerfs crâniens et périphériques, la chirurgie bariatrique, la séquestrectomie et le traitement des hernies). Auparavant, pour ces services de santé, les médecins étaient rémunérés en utilisant les codes de services de santé existants. Par conséquent, ces nouveaux codes ne correspondent pas à de nouveaux services, mais ont été créés pour témoigner fidèlement des services qui sont fournis.

2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

En Alberta, certaines interventions dentaires et chirurgies buccales médicalement nécessaires sont assurées. Elles figurent dans le barème des prestations de chirurgie buccale et maxillofaciale que l'on peut consulter à : <https://open.alberta.ca/publications/schedule-of-dental-benefits> (en anglais seulement).

La plupart des interventions dentaires peuvent seulement être facturées au AHCIP lorsqu'elles sont pratiquées par un dentiste spécialisé en chirurgie buccale et maxillo-faciale qui satisfait aux exigences de la AHCIA. Les services de chirurgie dentaire assurés doivent être fournis dans un hôpital public ou dans un établissement chirurgical désigné autre qu'un hôpital. Les services chirurgicaux majeurs, tels que décrits à l'article 2(2)(b) de la HCPA, ne peuvent être fournis que

dans un hôpital public. En date du 31 mars 2019, il y avait 226 dentistes participant au AHCIP pour les procédures dentaires éligibles, et aucun dentiste ne s'est retiré du AHCIP. Les soins dentaires de routine ne sont pas couverts par le AHCIP.

Bien qu'il n'existe pas d'entente officielle avec les dentistes, le ministère de la Santé rencontre les membres de la Alberta Dental Association and College pour discuter des modifications au barème des prestations de chirurgie buccale et maxillo-faciale. Il n'y a pas de consultation publique. Toute modification au barème doit être approuvée par le ministre de la Santé.

En vertu de l'article 7 de la AHICIA, tous les dentistes sont réputés participer au AHCIP. Aux termes du paragraphe 7 (2), un dentiste peut choisir de se retirer du AHCIP en prenant les mesures suivantes au moins 30 jours avant la date d'entrée en vigueur de son retrait en : a) avisant le ministre par écrit de la date de retrait, en b) publiant un avis du retrait envisagé dans un journal à grand tirage de la région où il pratique et en c) affichant un avis du retrait envisagé dans un endroit de son cabinet auquel les patients ont accès. Pour tout dentiste n'ayant jamais pratiqué en Alberta, les obligations juridiques sont établies au paragraphe 7 (3) de la AHICIA. Aux termes du paragraphe 7 (3), le dentiste peut décider de ne pas participer au AHCIP avant de pratiquer en : a) avisant le ministre par écrit de la date à laquelle il commencera à pratiquer sans participer au Régime et en b) publiant un avis du retrait envisagé dans un journal à grand tirage de la région où il a l'intention de pratiquer.

En choisissant de ne pas participer au AHCIP, un dentiste reconnaît que, à compter de la date d'entrée en vigueur, il ne participera pas au régime public de soins de santé. Cela signifie que le dentiste ne peut faire une demande auprès du AHCIP pour se faire payer des services qui seraient autrement des services de chirurgie dentaire publics et que le patient ne peut se faire rembourser les sommes qu'il a payées pour obtenir des services de chirurgie dentaire auprès d'un dentiste non participant.

2.4 Services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

L'article 12 du *Health Care Insurance Regulation* énumère les services qui ne sont pas assurés au titre des services de base ou des services complémentaires à moins qu'ils ne soient approuvés par le ministre de la Santé. Les paragraphes 4 (2) et 5 (2) du *Oral and Maxillofacial Surgery Benefits Regulation* (AR 86/2006) indiquent qu'aucune prestation n'est payable pour des services de chirurgie buccale et maxillo-faciale fournis à un résident de l'Alberta dans une autre province ou un territoire ou à l'extérieur du Canada si ces services ne sont pas assurés en Alberta. Le paragraphe 4 (2) du *Hospitalization Benefits Regulation*, que l'on peut consulter à www.qp.alberta.ca (en anglais seulement), présente la liste des services hospitaliers qui ne sont pas considérés comme assurés. Les services non couverts par le AHCIP comprennent :

- › la chirurgie esthétique;
- › les services ambulanciers;
- › les médicaments sur ordonnance;
- › les soins dentaires courants;

- › les examens périodiques de la vue pour les résidents âgés de 19 à 64 ans;
- › les services médicaux fournis à la demande d'un tiers tels que les examens médicaux réalisés aux fins d'emploi ou d'assurance ou pour la pratique d'activités sportives.

La politique sur les chambres privées ou semi-privées et les biens ou services spéciaux décrit les attentes du gouvernement de l'Alberta à l'égard de Alberta Health Services et guide l'offre de chambres privées ou semi-privées et la prestation de biens et de services bonifiés ou spéciaux. Ce cadre stratégique exige que Alberta Health Services donne un avis de 30 jours à la personne désignée par le ministre de la Santé quant aux catégories de chambres privées ou semi-privées offertes et aux frais imposés pour chaque catégorie. Alberta Health Services doit également faire parvenir un avis de 30 jours à la personne désignée par le ministre de la Santé quant aux biens ou aux services qui seront fournis comme biens ou services spéciaux. Il doit aussi fournir des renseignements au sujet des frais pour ces biens ou services et, s'il y a lieu, indiquer les critères ou les signes cliniques qui permettraient à des patients d'en bénéficier en tant que biens ou services courants. On peut consulter la politique sur les chambres privées ou semi-privées et les biens et services spéciaux de l'Alberta à : <https://open.alberta.ca/publications/preferred-accommodation-and-non-standard-goods-or-services> (en anglais seulement).

Les services de santé qui ont été retirés du barème des prestations pour les services médicaux sont considérés comme désuets par la communauté médicale. Le processus pour obtenir la participation de la communauté médicale s'effectue dans le cadre de consultations avec l'Association médicale de l'Alberta et Alberta Health Services. L'Association médicale de l'Alberta agit à titre de représentante pour chaque section réservée aux médecins. Alberta Health Services participe à ce processus décisionnel pour comprendre l'incidence potentielle des modifications sur les modèles actuels de prestations des services à plus grande échelle.

Aucun service n'a été désassuré en 2018–2019. Toutefois, 21 codes de services de santé ont été supprimés.



3.0 UNIVERSALITÉ

3.1 Admissibilité

En vertu de la *Alberta Health Care Insurance Act* (AHCIA), les résidents de la province sont admissibles aux services de santé financés par le secteur public au titre du Alberta Health Care Insurance Plan (AHCIP). Par « résident », le Règlement entend une personne légalement autorisée à être ou à rester au Canada, qui est domiciliée en Alberta et qui y vit habituellement, et toute autre personne considérée comme résident par le Règlement. Le terme « résident » n'inclut pas les touristes et les personnes de passage ou en visite en Alberta.

Les personnes de l'extérieur du Canada qui déménagent en Alberta pour y établir leur résidence permanente sont admissibles à la couverture si elles ont le statut de résident permanent, d'immigrant admis de retour au pays ou de Canadien de retour au pays. Les détenteurs de visa d'entrée en règle au Canada qui résident en Alberta peuvent également être admissibles au AHCIP, et leur dossier est étudié en fonction de chaque cas.

Les résidents qui sont membres des Forces armées canadiennes ou qui purgent une peine d'emprisonnement dans un pénitencier fédéral, au sens de la *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition*, ne sont pas admissibles au AHCIP; ils relèvent plutôt du gouvernement fédéral. Les conjoints ou partenaires et les personnes à charge des personnes susmentionnées sont couverts par le AHCIP s'ils résident en Alberta.

Si un avis est envoyé dans les trois mois, le AHCIP couvrira à partir de la date de cessation d'emploi ou de libération les personnes en Alberta qui ne sont plus membres des Forces canadiennes ou qui sont libérées d'un pénitencier fédéral. Si la cessation d'emploi ou la libération a lieu dans une autre région du Canada, ces personnes sont admissibles à une couverture le premier jour du troisième mois suivant leur établissement en Alberta.

Afin de pouvoir bénéficier des services couverts par le AHCIP, les résidents de l'Alberta doivent s'inscrire et inscrire également les personnes admissibles à leur charge. Les membres d'une même famille sont inscrits au même compte. Les personnes qui déménagent en Alberta doivent présenter leur demande d'inscription dans les trois mois suivant leur arrivée, à défaut de quoi les dates d'entrée en vigueur pourraient varier. Les personnes qui déménagent en Alberta et qui arrivent d'une autre province ou d'un territoire du Canada sont inscrites au Régime le premier jour du troisième mois suivant leur établissement en Alberta. Les personnes qui déménagent en Alberta et qui arrivent de l'extérieur du Canada sont inscrites au Régime le jour de leur établissement en Alberta. Le processus d'inscription au Régime exige que les personnes qui s'inscrivent produisent des pièces d'identité et des documents attestant qu'elles sont autorisées à être au Canada et qu'elles résident en Alberta.

Si une personne remet en question l'annulation ou le refus de couverture, elle peut communiquer avec un représentant du AHCIP par téléphone, par courriel ou par la poste afin d'en discuter. Si le personnel de première ligne n'est pas en mesure de régler la question, le cas peut être transmis à un superviseur puis à un gestionnaire, au besoin. Le gestionnaire effectuera une enquête rigoureuse et enverra une lettre expliquant les motifs de la décision par rapport à la loi.

Toute personne qui décide de ne pas participer au AHCIP peut en tout temps remplir une « déclaration de retrait » pour elle et les personnes à sa charge. La couverture est annulée pendant 36 mois ou jusqu'à ce que la déclaration soit révoquée par la personne concernée. Une nouvelle déclaration doit être remplie tous les 36 mois de nonparticipation.

En date du 31 mars 2019, 4 700 840 résidents de l'Alberta étaient couverts par le AHCIP et 143 résidents de l'Alberta n'y participaient pas.

3.2 Autres catégories de personnes

En vertu de l'*Alberta Health Care Insurance Regulation*, les personnes qui résident en Alberta pour travailler ou étudier, et les conjoints ou partenaires et les personnes à charge des personnes qui s'installent dans la province pour travailler ou étudier, peuvent être considérées comme des résidents au sens du AHCIP. Ces personnes doivent détenir un visa d'entrée au Canada tel qu'un permis de travail, un permis d'études ou une fiche de visiteur (qui impose une limite à la durée du séjour) attestant qu'elles sont autorisées à demeurer au

Canada. Les résidents réputés doivent prévoir s'établir en Alberta pour une période d'au moins 12 mois. En date du 31 mars 2019, 70 879 personnes étaient couvertes par le AHCIP aux termes de ces conditions.

Les titulaires d'un permis d'études sur lequel ne figure pas le nom d'une école en Alberta doivent fournir la preuve de leur inscription dans une école reconnue. Les permis de travail ouverts ou pour un employeur en particulier doivent être valides pour une période d'au moins six mois. Dans le cas d'un permis de travail pour un employeur en particulier, il faut qu'il soit indiqué sur le permis que la personne est employée par une entreprise qui exerce ses activités en Alberta. Exception faite des membres du clergé, des athlètes et des militaires de l'armée britannique, les titulaires d'une fiche de visiteur doivent être le conjoint, le partenaire ou une personne à charge d'un résident admissible ou d'un résident réputé.

Les personnes dont le visa d'entrée au Canada porte la mention « ne confère pas le statut de résident » ne sont pas admissibles au AHCIP. Les résidents permanents qui détiennent une preuve de leur statut d'immigrant reçu ou de résident permanent et les réfugiés au sens de la Convention qui ont en leur possession un avis de décision favorable sont admissibles au AHCIP. Les demandeurs du statut de réfugié ne sont pas admissibles.

Les enfants de résidents non admissibles (p. ex. résidents titulaires d'une fiche de visiteur, ayant un permis expiré, ou demandeurs du statut de réfugié) qui sont nés au Canada et qui respectent l'obligation de résidence sont admissibles au AHCIP. Les enfants nés de citoyens canadiens qui sont temporairement absents de l'Alberta (et qui ont conservé leur couverture) sont également admissibles. Toutefois, des documents peuvent être exigés.



4.0 TRANSFÉRABILITÉ

4.1 Période d'attente minimale

Généralement, aux termes du Alberta Health Care Insurance Plan (AHCIP), les personnes d'une autre région du Canada qui s'installent de façon permanente en Alberta sont assurées à compter du premier jour du troisième mois suivant leur établissement en Alberta.

4.2 Couverture durant des absences temporaires au Canada

Le AHCIP offre une couverture aux termes du *Alberta Health Care Insurance Regulation* aux résidents admissibles de l'Alberta qui résident temporairement ailleurs au Canada. Une personne est considérée temporairement absente de l'Alberta si elle demeure dans une autre province ou un autre territoire pour une période d'au plus 12 mois consécutifs et qu'elle prévoit retourner et maintenir sa résidence permanente en Alberta à la fin de son séjour à l'extérieur de la province.

Les personnes qui s'absentent couramment de l'Alberta chaque année doivent en général y passer un total cumulatif de 183 jours au cours d'une période de 12 mois pour demeurer assurées. Les personnes qui ne sont pas présentes en Alberta pendant les 183 jours prescrits peuvent être réputées résidents de l'Alberta si elles convainquent le ministère de la Santé que

leur lieu de résidence permanent et principale se trouve en Alberta. Par ailleurs, les personnes peuvent continuer d'avoir droit à l'assurance si, de façon répétée, elles s'absentent de l'Alberta pour un maximum de 212 jours au cours d'une période de 12 mois à des fins de vacances.

L'Alberta fait partie des ententes interprovinciales de facturation réciproque des services hospitaliers et médicaux. Tous les territoires et toutes les provinces, sauf le Québec, participent aux ententes de facturation réciproque des services médicaux. Ces ententes visent à limiter le nombre de processus de facturation complexes et à faire en sorte que les médecins et les hôpitaux qui fournissent des services aux résidents d'une autre province ou d'un territoire soient payés dans les meilleurs délais possibles. Aux termes des ententes, si un Albertain admissible reçoit un service médical ou hospitalier assuré dans une autre province ou un autre territoire participant, l'Alberta remboursera le service assuré fourni au tarif de la province ou du territoire d'accueil qui est en vigueur pour les services médicaux et le tarif appliqué pour les services hospitaliers.

En 2018–2019, aucune modification n'a été apportée à la loi concernant la transférabilité à l'intérieur du pays. Pour plus de renseignements sur la couverture pendant les absences temporaires de l'Alberta, consultez : www.alberta.ca/ahcip-absence-from-alberta.aspx (en anglais seulement).

L'article 16 du *Hospitalization Benefits Regulation* porte sur le paiement des services hospitaliers qui sont reçus à l'extérieur de l'Alberta, mais au Canada. L'article 4 du *Medical Benefits Regulation* porte sur le paiement des services médicaux reçus à l'extérieur de l'Alberta, mais au Canada. Ces articles n'ont pas été modifiés en 2018–2019.

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

Le AHCIP offre une couverture aux termes du *Alberta Health Care Insurance Regulation* aux résidents admissibles de l'Alberta qui sont temporairement absents du Canada. Une personne est considérée absente temporairement de l'Alberta si elle demeure hors du Canada pour une période d'au plus six mois consécutifs et qu'elle prévoit retourner et garder sa résidence permanente en Alberta à la fin de son séjour à l'extérieur de la province.

Les personnes qui s'absentent couramment de l'Alberta chaque année doivent en général y passer un total cumulatif de 183 jours au cours d'une période de 12 mois pour demeurer assurées. Le ministère de la Santé peut considérer des exceptions selon les circonstances personnelles. Par ailleurs, les personnes peuvent continuer d'avoir droit à l'assurance si, de façon répétée, elles s'absentent de l'Alberta pour un maximum de 212 jours au cours d'une période de 12 mois à des fins de vacances.

Les personnes qui quittent temporairement la province pour des vacances prolongées, ou occuper un emploi temporaire, peuvent demeurer admissibles au régime pendant une période de 24 à 48 mois consécutifs. Les personnes qui étudient à temps plein à l'extérieur du pays dans un établissement d'enseignement agréé ont droit à la couverture pendant la durée de leurs études dans la mesure où elles ont l'intention de demeurer en Alberta après leurs études.

Le montant maximal payable à l'égard de services hospitaliers aux patients hospitalisés à l'extérieur du pays est de 100 \$ (canadiens) par jour (excluant le jour du congé). Le montant par visite en consultation externe est de 50 \$ (canadiens), à raison d'une visite par jour. La seule exception est l'hémodialyse offert aux patients non hospitalisés pour un coût maximum de 496 \$ par visite, à raison d'une visite par jour. Les services offerts par des médecins et des dentistes ou chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux sont payés aux tarifs de l'Alberta. Il est également possible d'obtenir du financement en passant par le Out-of-Country Health Services Committee. Ce comité évalue les demandes de remboursement présentées par les médecins ou les dentistes albertains au nom de résidents admissibles de l'Alberta pour des services assurés, couverts par le AHCIP, qui ne sont pas disponibles au Canada. Pour plus de renseignements sur la couverture pendant les absences temporaires à l'étranger, consultez : www.alberta.ca/ahcip-absence-from-alberta.aspx (en anglais seulement).

L'article 16 du *Hospitalization Benefits Regulation* porte également sur le paiement des biens et services reçus dans un hôpital ou un établissement approuvé à l'extérieur du Canada. L'article 5 du *Medical Benefits Regulation* porte sur le paiement des services médicaux reçus à l'extérieur du Canada. Ces articles n'ont pas été modifiés en 2018–2019.

4.4 Nécessité d'une approbation préalable

Une approbation préalable n'est pas nécessaire pour les services assurés facultatifs (non urgents) dans une autre province ou territoire du Canada. Une demande préalable doit être faite pour les services facultatifs reçus hors du pays et seuls seront autorisés, par le Out-of-Country Health Services Committee, les services assurés qui sont médicalement nécessaires, ne sont pas expérimentaux et ne sont pas offerts en Alberta ni ailleurs au Canada.

Les décisions prises par le comité peuvent faire l'objet d'un appel. Un appel peut être interjeté par le médecin ou le dentiste albertain qui a soumis la demande au nom du résident de l'Alberta, ou par le résident de l'Alberta. Le tribunal Out-of-Country Health Services Appeal Panel a été établi en vertu de la *Alberta Health Care Insurance Act* et reste en vigueur dans le cadre du *Out-of-Country Health Services Regulation* (AR 86/2006). Le comité de recours examine la demande et détermine s'il faut modifier, confirmer ou invalider la décision du comité faisant l'objet de l'appel.



5.0 ACCESSIBILITÉ

5.1 Accès aux services de santé assurés

Le gouvernement de l'Alberta est déterminé à satisfaire aux besoins en soins de santé de tous les Albertains. Pour s'assurer que les Albertains ont le meilleur accès possible aux services de soins de santé primaire, le ministère de la Santé de l'Alberta finance des réseaux de soins primaires (RSP). Les RSP soutiennent les équipes interdisciplinaires formées de médecins de famille et d'autres professionnels de la santé qui travaillent de concert avec Alberta Health Services afin de coordonner la prestation des services de soins de santé primaires pour les patients. Chaque RSP a la latitude d'élaborer des programmes et de fournir des services qui

satisfont aux besoins précis des patients. Les barrières géographiques, les heures de service et les temps d'attente peuvent limiter l'accès aux services de soins de santé. En date du 31 mars 2019, l'Alberta comptait 41 RSP auxquels plus de 3,7 millions d'Albertains étaient inscrits. Au total, 4 533 fournisseurs de soins primaires (y compris des médecins de famille, des médecins généralistes, des pédiatres et du personnel infirmier praticien) et l'équivalent de 1 210 autres fournisseurs de soins de santé travaillant à temps plein faisaient partie de RSP.

L'article 9 de la *Alberta Health Care Insurance Act* (AHCIA) interdit la surfacturation par les médecins ou les dentistes qui ont adhéré au régime d'assurance-santé (c'est-à-dire les médecins et les dentistes participant au Alberta Health Care Insurance Plan [AHCIP]). Aucun médecin ou dentiste qui participe au AHCIP et qui fournit des services assurés à un résident couvert par le AHCIP n'est autorisé à exiger ou à percevoir de quiconque un montant en plus des prestations versées par le ministre pour ces services assurés.

L'article 11 de la AHCIA interdit à toute personne d'exiger ni de percevoir de quiconque les paiements suivants, lorsque le montant est en sus des prestations payables par le ministre de la Santé pour le service assuré :

- (a) une somme en échange de biens ou de services fournis comme condition pour recevoir un service assuré fourni par un médecin ou dentiste qui participe au AHCIP;
- (b) une somme dont le paiement est exigée comme condition pour recevoir un service assuré fourni par un médecin ou dentiste qui participe au AHCIP et qui s'ajoute aux prestations payables par le ministre pour le service assuré.

Si une personne remet en question une surfacturation ou des frais modérateurs, elle peut communiquer avec le personnel du AHCIP par téléphone, par courriel, par télécopieur ou par la poste, aux coordonnées suivantes :

ALBERTA HEALTH

À l'attention de : Alberta Health Care Insurance Plan
C.P. 1 360, succursale Main
Edmonton, AB T5J 2N3

Téléphone : Edmonton : 780-427-1432;
sans frais en Alberta : 310-0000, puis 780-427-1432

Télécopieur : 780-422-0102

Courriel : health.ahcipmail@gov.ab.ca
(Ce courriel doit seulement être utilisé pour recevoir des renseignements généraux ou pour poser des questions qui ne sont pas personnelles concernant le AHCIP)

Si le litige ne peut être résolu avec le professionnel de la santé par la communication ou par l'information, un examen de la conformité peut être imposé.

Le ministère de la Santé surveille et fait appliquer la conformité à la AHCIA par l'intermédiaire d'une unité spécialisée. Les examens de conformité évaluent la conformité de la facturation, identifient les recouvrements de fonds indûment payés et peuvent conduire à une séance de formation sur la facturation. Ces examens sont effectués en vertu de l'article 18 de la AHCIA. Si un examen de conformité révèle des preuves de non-conformité aux articles 9 ou 11 de la AHCIA, les articles 9, 11, 12, 13 et 14 établissent les amendes ainsi que les autres mesures qui peuvent être prises par le ministre de la Santé.

L'infrastructure de la santé est importante afin d'assurer qu'on satisfasse aux besoins de soins de santé actuels et futurs. Les ministères de la Santé et de l'Infrastructure partagent la responsabilité de la planification et de la gestion du plan d'investissement en santé ainsi que des projets connexes. Il incombe au ministère de la Santé d'établir les orientations stratégiques et d'appliquer les politiques, les lois et les normes de santé, en plus de fournir le budget de fonctionnement général de Alberta Health Services. Alberta Health Services définit et établit l'ordre de priorité des besoins en services de santé qui nécessitent des investissements pour le développement des immobilisations. Le gouvernement de l'Alberta appuie l'infrastructure de la santé en finançant le développement des immobilisations et le programme de maintien de l'infrastructure. Le ministère de l'Infrastructure est responsable de la conception, de la construction et de la mise en œuvre de grands projets d'immobilisations en santé à l'échelle de la province. Les lois en santé énoncent les exigences relatives à l'achat et à la disposition d'actifs et de propriétés ainsi que les exigences générales concernant l'infrastructure de la santé.

Le budget 2018 prévoyait 5,3 milliards de dollars sur cinq ans pour les installations et les équipements de santé, dont 700 millions de dollars pour l'entretien et le renouvellement des immobilisations. En 2018–2019, une unité de soins de maternité réaménagée au Centre Peter Lougheed de Calgary et une nouvelle aile à

L'hôpital régional de Medicine Hat ont été ouvertes. Des progrès ont été également accomplis sur un certain nombre d'autres projets d'infrastructure visant à améliorer l'accès aux services de santé, notamment le Calgary Cancer Centre et le Grande Prairie Regional Hospital.

L'accès aux spécialistes a été amélioré en 2018–2019 grâce à l'élargissement de eReferral, qui utilise les renseignements existants provenant du réseau Alberta Netcare (les dossiers de santé électroniques de la province qui compilent les renseignements de santé des patients de l'Alberta) afin de faire un suivi en temps réel pour les rendez-vous avec des spécialistes. En 2018–2019, 21 spécialités supplémentaires ont été ajoutées à eReferral, portant le total à 29 (y compris les cancers du sein et du poumon, ainsi que les arthroplasties de la hanche ou du genou). Par l'entremise de la fonction de demande de conseils de eReferral, des fournisseurs de soins primaires supplémentaires peuvent désormais obtenir des conseils sur la meilleure façon de traiter leurs patients. Dans de nombreux cas, il n'est donc pas nécessaire d'adresser un patient à un spécialiste.

5.2 Rémunération des médecins

La AHCIa régit l'admissibilité et la rémunération des médecins pour la prestation de services médicaux assurés aux résidents admissibles de l'Alberta. Les médecins sont rémunérés par le AHCIa selon le mode de rémunération à l'acte, qui est en fonction du volume, ou selon d'autres modes de rémunération tels que les Clinical Alternative Relationship Plans et le Academic Medicine and Health Services Program (programme universitaire de médecine et de soins de santé). Certains médecins de soins primaires sont rémunérés par le biais d'un modèle de capitation mixte qui combine la rémunération à l'acte et le régime de capitation.

Aux termes du *Oral and Maxillofacial Surgery Benefits Regulation* (AR 86/2006), les prestations sont payables conformément aux règlements en vertu de la AHCIa pour les services de chirurgie buccale et maxillo-faciale fournis par un dentiste à un résident de l'Alberta.

En Alberta, le College of Physicians and Surgeons of Alberta applique les normes de pratique pour la facturation de services professionnels non assurés (services non assurés en vertu de la AHCIa), y compris les règles concernant la facturation monolithique par les médecins.

Les médecins qui participent au Academic Medicine and Health Services Program (programme universitaire de médecine et de soins de santé) doivent satisfaire à certaines attentes en matière de responsabilité et d'établissement de rapports. Il en va de même pour les facultés de médecine des universités de l'Alberta et de Calgary et Alberta Health Services. Les principaux thèmes de rendement comprennent notamment l'accès, la qualité et la sécurité, et des indicateurs précis ont été établis afin de mesurer annuellement le rendement dans le cadre de ces thèmes.

Les Clinical Alternative Relationship Plans et le Academic Medicine and Health Services Program (programme universitaire de médecine et de soins de santé) sont utilisés par les spécialistes et les médecins de famille. Ils offrent d'autres modèles ou ententes de rémunération au lieu du système habituel de rémunération à l'acte. Leur but est d'accroître le recrutement et le maintien en poste des médecins, le travail d'équipe pour la prestation des services, l'accès aux services, la satisfaction des patients et l'optimisation des ressources. Ils favorisent également une prestation de soins de santé novatrice, qui se traduira par l'amélioration des résultats de santé. Le financement prévisible fourni par les Clinical Alternative Relationship Plans et le Academic Medicine and Health Services Program (programme universitaire de médecine et de soins de santé) permet aux groupes de médecins de recruter de nouveaux médecins dans leurs programmes et de les maintenir en poste; dans certains cas, des fonds supplémentaires sont octroyés pour appuyer la prestation de services.

Le gouvernement de l'Alberta et l'Association médicale de l'Alberta ont signé l'entente Alberta Medical Association Agreement en 2013; cet accord était rétroactif au 1^{er} avril 2011. En 2018, l'entente avec l'Association médicale de l'Alberta a été modifiée et ne prévoit aucune augmentation des tarifs des médecins et des prix payés pour les services médicaux assurés. Certaines conditions financières de l'entente Alberta Medical Association Agreement expirent le 31 mars 2020.

Pour assurer la responsabilisation en vertu de la AHCIA, le ministère de la Santé vérifie régulièrement les demandes déposées par les médecins afin d'évaluer leur conformité à la AHCIA. Le ministère de la Santé utilise des méthodes statistiques et d'évaluation du risque pour déterminer les erreurs ou les problèmes avec les demandes qui ont été payées aux termes du AHCIP. Un praticien ou un groupe de praticiens peut faire l'objet d'un examen de conformité afin de déterminer la conformité à des exigences législatives ou contractuelles précises. De plus, un examen de conformité peut avoir lieu en raison d'une plainte précise formulée par une tierce partie concernant un médecin.

5.3 Paiements aux hôpitaux

Les hôpitaux publics de l'Alberta sont gérés par Alberta Health Services ou par des organisations confessionnelles sans but lucratif aux termes d'ententes de service conclues avec Alberta Health Services. Dans la province, les hôpitaux publics sont dirigés conformément à la *Hospitals Act*. La *Health Care Protection Act* (HCPA) interdit l'exploitation d'hôpitaux privés.

La *Regional Health Authorities Act* régit le financement de Alberta Health Services, la seule régie régionale de la santé de l'Alberta. Le ministère de la Santé assure le financement de Alberta Health Services au moyen d'un financement de fonctionnement de base versé deux fois par mois. Alberta Health Services détermine le financement accordé à chaque hôpital et aux établissements chirurgicaux désignés autres que des hôpitaux.

La HCPA régit la prestation des services chirurgicaux assurés et non assurés fournis par les hôpitaux publics et par les établissements chirurgicaux autres que des hôpitaux. La HCPA interdit le resquillage, c'est-à-dire qu'elle interdit de donner ou d'accepter de l'argent ou une autre contrepartie de valeur, de payer ou d'accepter un paiement pour des biens ou des services médicaux bonifiés, ou des biens ou des services non médicaux, ou de fournir des services chirurgicaux non assurés pour permettre à quiconque d'obtenir des services chirurgicaux assurés en priorité. L'accès aux services chirurgicaux assurés dépend des besoins médicaux de chaque patient et est déterminé par les médecins et les dentistes.

Le ministre de la Santé doit approuver toute entente de service entre les administrateurs d'un établissement chirurgical autre qu'un hôpital et Alberta Health Services pour que l'établissement puisse fournir des services chirurgicaux assurés. Les établissements chirurgicaux autres que des hôpitaux doivent également être désignés par le ministre et agréés par le College of Physicians and Surgeons of Alberta.

Conformément à la HCPA, l'approbation ministérielle d'une entente de service proposée avec un établissement ne doit pas être donnée à moins que le ministre de la Santé ne soit convaincu :

- › que la prestation des services chirurgicaux assurés aux termes de l'entente proposée est conforme aux principes de la *Loi canadienne sur la santé*;
- › qu'il existe actuellement un besoin pour des services chirurgicaux assurés aux termes de l'entente proposée dans la région géographique visée et il y aura vraisemblablement un besoin continu pour de tels services dans cette région dans le futur;

- › que la prestation des services chirurgicaux assurés aux termes de l'entente proposée n'aura pas d'incidence négative sur le système public de soins de santé de l'Alberta;
- › que la prestation des services chirurgicaux assurés aux termes de l'entente proposée comporte un avantage prévu pour la population, étant donné des facteurs tels que (i) l'accès aux services, (ii) la qualité des services, (iii) la souplesse, (iv) l'utilisation efficace de la capacité existante, (v) le rapport coût-efficacité et les autres considérations économiques;
- › que la régie de la santé a établi un plan opérationnel acceptable relativement à l'entente proposée, qui décrit la méthode de paiement que la régie de la santé utilisera pour les services fournis par l'établissement;
- › les attentes quant au rendement et aux mesures du rendement connexes applicables aux services chirurgicaux assurés et aux services fournis par l'établissement sont indiquées dans l'entente proposée;
- › l'entente proposée contient des dispositions relatives aux procédures qui seront utilisées pour surveiller le respect, par les médecins, des exigences de la *Health Professions Act* (HPA) et de son Règlement en vertu de la HPA, des règlements administratifs du College of Physicians and Surgeons of Alberta, du code d'éthique et des normes de pratique adoptés par le conseil du College of Physicians and Surgeons of Alberta en vertu de la HPA concernant les conflits d'intérêts et les autres questions éthiques touchant le fonctionnement de l'établissement.

Suivant les modalités de toute entente convenue entre Alberta Health Services et l'administrateur d'un établissement chirurgical autre qu'un hôpital, Alberta Health Services convient de payer les « frais d'établissement » prévus au contrat. Ces frais couvrent certains services précisés dans la HCPA qui sont médicalement nécessaires et qui sont directement liés à la prestation d'un service chirurgical dans un établissement chirurgical approuvé. Les médecins qui fournissent des services chirurgicaux assurés à des patients dans un établissement chirurgical agréé autre qu'un hôpital sont rémunérés à l'acte aux termes du AHCIIP. La rémunération est la même, que le médecin fournisse le service assuré dans un hôpital public ou dans un établissement chirurgical autre qu'un hôpital.



6.0 RECONNAISSANCE ACCORDÉE AUX TRANSFERTS FÉDÉRAUX

Le gouvernement de l'Alberta a reconnu publiquement la contribution du gouvernement fédéral au titre du Transfert canadien en matière de santé dans le Rapport annuel 2018–2019 du gouvernement de l'Alberta.

PERSONNES INSCRITES

Année	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
1. Nombre en date du 31 mars	4 354 660	4 449 483	4 529 842	4 598 089	4 700 840

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE

ÉTABLISSEMENTS PUBLICS

Année	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
2. Nombre	225	225	228	228	228
3. Paiements pour des services de santé assurés (\$)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible

ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS À BUT LUCRATIF

Année	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
4. Nombre d'établissements privés à but lucratif offrant des services de santé assurés	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
5. Paiements aux établissements privés à but lucratif pour des services de santé assurés (\$)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS AUX RÉSIDENTS DANS UNE AUTRE PROVINCE OU UN AUTRE TERRITOIRE¹

Année	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
6. Nombre total de demandes, patients hospitalisés	6 297	6 787	7 059	6 668	6 484
7. Total des paiements, patients hospitalisés (\$)	42 466 396	48 651 644	48 492 921	46 468 281	48 297 039
8. Nombre total de demandes, patients externes	127 995	135 369	147 350	135 149	130 737
9. Total des paiements, patients externes (\$)	37 809 358	43 000 306	50 582 365	47 508 204	48 132 671

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA^{1,2}

PRÉ-APPROUVÉS

Année	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
10. Nombre total de demandes, ³ patients hospitalisés	3 679	4 216	3 855	4 014	3 672
11. Total des paiements, ³ patients hospitalisés (\$)	359 377	407 398	372 724	389 741	349 087
12. Nombre total de demandes, ³ patients externes	4 440	5 008	4 945	4 709	4 402
13. Total des paiements, ³ patients externes (\$)	419 295	479 625	458 265	459 683	394 654

¹ Les données déclarées reflètent les demandes traitées jusqu'à trois mois après la fin de l'exercice. Toute demande traitée après cette date n'est pas incluse dans ce tableau.

² Ces données n'incluent pas les demandes/paiements pour les résidents de l'Alberta qui ont reçu des services de santé dans le cadre du processus de demande Out-of-Country Health Services Committee.

³ Les demandes dans notre système de données ne peuvent pas être séparées en demandes pré-approuvées ou non pré-approuvées, par conséquent, les chiffres reflètent le total des demandes et des paiements tels que déclarés pour les années précédentes.

NON PRÉ-APPROUVÉS

Année	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
14. Nombre total de demandes, ³ patients hospitalisés	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
15. Total des paiements, ³ patients hospitalisés (\$)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
16. Nombre total de demandes, ³ patients externes	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
17. Total des paiements, ³ patients externes (\$)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE⁴

Année	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
18. Nombre de médecins participants ⁵	8 873	9 331	9 684	10 058	10 326
19. Nombre de médecins ayant opté pour le retrait du régime d'assurance-santé ⁷	0	0	0	0	0
20. Nombre de médecins non participants	1	1	1	2	2
21. Total des paiements des services médicaux rémunérés pour l'ensemble des méthodes de paiement (\$)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
22. Total des paiements des services médicaux rémunérés à l'acte (\$)	3 033 392 142	3 336 009 256	3 531 947 298	3 602 354 459	3 779 015 740

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

Année	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
23. Nombre de services	694 373	795 738	840 246	796 364	738 060
24. Total des paiements (\$)	32 203 224	34 639 878	37 906 996	35 943 674	35 826 012

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA⁸

PRÉ-APPROUVÉS

Année	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
25. Nombre de services ³	36 290	32 980	31 224	30 653	non disponible
26. Total des paiements (\$) ³	2 580 363	2 589 749	2 474 336	2 494 650	non disponible

NON PRÉ-APPROUVÉS

Année	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
27. Nombre de services ³	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
28. Total des paiements (\$) ³	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible

⁴ Les données de cette section reflètent les demandes traitées jusqu'à trois mois après la fin de l'exercice. Toute demande traitée après cette date n'est pas incluse dans ce tableau.

⁵ Le nombre de médecins comprend les médecins rémunérés à l'acte, ceux des autres modes de rémunération ou qui participent aux deux modes.

⁶ De ce nombre, 8 545 sont rémunérés à l'acte, 911 participent à d'autres modes de rémunération et les 870 restants aux deux modes.

⁷ La législation albertaine stipule que tous les médecins sont réputés participer au régime d'assurance-santé de l'Alberta, à moins qu'ils ne s'en retirent conformément à la procédure prévue à l'article 8 de la *Alberta Health Care Insurance Act*.

⁸ Sont exclus de ces données les résidents de l'Alberta qui ont reçu des services de santé dans le cadre du processus de demande Out-of-Country Health Services Committee. De plus, suite à un changement de méthode en 2015-2016, il y a un décalage d'un an entre la fin de l'exercice et la date de paiement pour les données sur l'extérieur du pays. Ainsi, les données pour les services fournis à l'étranger sont toujours en traitement pour 2018-2019.

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

Année	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
29. Nombre de dentistes participants	221	215	217	232	226
30. Nombre de dentistes ayant opté pour le retrait du régime d'assurance-santé ⁹	0	0	0	0	0
31. Nombre de dentistes non participants	0	0	0	0	0
32. Nombre de services fournis	28 443	31 309	34 603	39 647	42 766
33. Total des paiements (\$)	8 208 000	9 185 042	9 756 738	11 402 793	12 616 145

⁹ La législation albertaine prévoit que tous les dentistes sont réputés participer au régime d'assurance-santé de l'Alberta, à moins qu'ils ne s'en retirent conformément à la procédure prévue à l'article 7 de la *Alberta Health Care Insurance Act*.

COLOMBIE-BRITANNIQUE



La Colombie-Britannique dispose d'un système de soins de santé intégré et progressif comprenant un régime d'assurance-santé qui fournit des services de soins de santé publics aux résidents de la Colombie-Britannique conformément aux principes directeurs de la *Loi canadienne sur la santé*. Le ministère de la Santé (le Ministère) a la responsabilité générale de veiller à ce que soient offerts à tous les résidents de la Colombie-Britannique des services de santé de qualité appropriés et en temps opportun.

Pour en savoir plus sur le système de santé public de la Colombie-Britannique, veuillez consulter le [plan de services du ministère de la Santé de 2018–2019 à 2020–2021](#) (en anglais seulement).



1.0 GESTION PUBLIQUE

1.1 Régime d'assurance-santé et autorité publique

Le ministère de la Santé établit des objectifs et des normes et conclut des ententes de rendement pour la prestation des services de santé à l'échelle provinciale. Le Ministère collabore avec les six autorités de la santé de la province pour assurer des services de santé appropriés, de qualité et en temps opportun aux Britanno-Colombiens. Cinq autorités régionales de la santé assurent la prestation de services de soins de santé afin de satisfaire aux besoins de la population dans leur région géographique respective. Complétant le continuum complet des services de soins de santé, une sixième autorité de la santé, la Provincial Health Services Authority, est responsable de la gestion de la qualité, de la coordination et de l'accessibilité aux services et aux programmes de santé provinciaux. De plus, le Ministère travaille en partenariat avec l'Autorité de la santé des Premières Nations à l'amélioration de la santé des peuples autochtones en Colombie-Britannique.

Le Medical Services Plan (MSP) de la Colombie-Britannique, qui est géré par la Medical Services Commission (MSC) au nom du gouvernement de la Colombie-Britannique, offre une protection en matière de soins de santé (y compris pour les services diagnostiques) aux bénéficiaires et les paiements correspondants aux médecins et autres professionnels de la santé.

Le MSP est administré en vertu de la *Medicare Protection Act* (MPA). La MPA a pour objet de préserver un système public de soins de santé économiquement viable pour la Colombie-Britannique où l'accès aux soins médicaux nécessaires est fondé sur les besoins et non sur la capacité de payer de la personne. Elle intègre expressément les principes de la *Loi canadienne sur la santé*.

La MSC relève du ministre de la Santé (le ministre), conformément à la MPA. La fonction et le mandat législatif de la MSC visent à faciliter un accès raisonnable à des soins médicaux, à des soins de santé et à des services diagnostiques prescrits de qualité pour les Britanno-Colombiens.

La MSC est un organisme de droit public de neuf membres composé de trois représentants du gouvernement de la Colombie-Britannique, trois représentants de l'Association médicale de la Colombie-Britannique (Doctors of BC) et trois membres du public choisis conjointement par Doctors of BC et le gouvernement de la Colombie-Britannique pour représenter les bénéficiaires.

Les services hospitaliers généraux sont financés par l'État en Colombie-Britannique en vertu de la *Hospital Insurance Act* (HIA) (article 8), de la *Hospital Insurance Act Regulations* (section 5), de la *Hospital Act* (article 4) et de la *Hospital District Act* (article 20).

Les services de laboratoire médicalement nécessaires sont financés par les fonds publics en vertu de la *Laboratory Services Act*. Le ministre est responsable de toutes les questions liées aux services de laboratoire (y compris le processus d'approbation des établissements), à la gouvernance, à la responsabilisation et à la prestation de tous les services de laboratoire de la province. À partir de la fusion de la BC Clinical Support Services Society avec la Provincial Health Services Authority (PHSA) le 29 juin 2018, l'Agency for Pathology and Laboratory Medicine participe d'un programme relevant de la PHSA. Le mandat de la PHSA consiste à assurer un contrôle provincial efficace comprenant notamment la planification, la coordination, la surveillance, l'évaluation et la production de rapports provinciaux sur les résultats médicaux des services de laboratoire et de pathologie publics.

1.2 Liens hiérarchiques

Le Ministère fournit des renseignements sur le système public de santé de la Colombie-Britannique dans son rapport annuel sur le plan de services. 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* de la province.

La MSC rend compte au gouvernement de la Colombie-Britannique par l'entremise du ministre par le biais du [rapport annuel de la MSC](#) (en anglais seulement) qui fait le point sur les activités de celle-ci, de ses comités consultatifs et autres instances déléguées et se trouve publié chaque année pour l'exercice précédent.

Les autorités de la santé régionales et la Provincial Health Service Authority relèvent du ministre.

1.3 Vérification des comptes

Les comptes et les transactions financières du Ministère peuvent être vérifiés par :

- › les services consultatifs et de vérification interne qui, à titre de vérificateur interne du gouvernement, détermine la portée des vérifications internes et le calendrier des vérifications. Les [rapports des services consultatifs et de vérification interne](#) peuvent être consultés [sur le site Web du gouvernement de la Colombie-Britannique](#) (en anglais seulement).
- › le Bureau du vérificateur général (BVG) de la Colombie-Britannique qui est responsable d'effectuer des vérifications financières annuelles ainsi que des vérifications spéciales et de produire des rapports spéciaux. Le BVG présente ses résultats à l'Assemblée législative.

C'est à lui seul qu'il revient de son propre chef d'effectuer une vérification et en d'en déterminer la portée. Et c'est au comité des comptes publics de l'Assemblée législative qu'il revient d'examiner les recommandations du BVG.

La [vérification annuelle des comptes et des opérations financières du Ministère par le BVG](#) est rapportée dans l'examen général et l'avis du BVG concernant les comptes publics de la Colombie-Britannique que l'on peut consulter [sur le site Web du gouvernement de la Colombie-Britannique](#) (en anglais seulement).

On peut consulter les [vérifications et les rapports spéciaux du BVG](#) également [sur le site Web du Bureau du vérificateur général de la Colombie-Britannique](#) (en anglais seulement).

1.4 Organisme désigné

Depuis 2005, le Ministère retient les services de MAXIMUS Canada pour l'exploitation des opérations administratives du MSP et de PharmaCare (régime d'assurance-médicaments de la province), notamment de répondre aux demandes de renseignements du public, de procéder à l'inscription des clients et au traitement des demandes de règlement pour frais médicaux et pharmaceutiques des professionnels de la santé. MAXIMUS Canada gère les régimes d'assurance-santé et d'assurance-médicaments de la province dans le cadre du programme Health Insurance BC (HIBC). Les fonctions d'établissement des politiques et de prise de décisions continuent à relever du Ministère.

HIBC présente au Ministère des rapports mensuels sur les niveaux de service fournis au public et aux fournisseurs de soins de santé.

HIBC traite les paiements pour les services de soins de santé conformément aux barèmes d'honoraires approuvés par la MSC.

Les bénéficiaires du MSP adultes qui ne satisfont pas aux exceptions prévues – principalement fondées sur le revenu – sont actuellement tenus de payer des primes. En ce qui concerne les primes du MSP, Advanced Solutions (une société de technologie DXC) est responsable des services de gestion des revenus, ce qui comprend la gestion des comptes, la facturation, les remises et les recouvrements au nom de la province de la Colombie-Britannique (ministère des Finances) dans le cadre du programme Revenue Services of British Columbia (RSBC). La province demeure responsable de toutes les mesures de recouvrement gérées par le gouvernement et de leur contrôle.

HIBC et RSBC doivent se conformer à toutes les lois applicables, dont les suivantes :

- › *l'Ombudsperson Act*;
- › *la Business Practices and Consumer Protection Act*;
- › *la Financial Administration Act*;
- › les lois sur la protection des renseignements personnels et sur l'accès à l'information en vigueur (soit *la Freedom of Information and Protection of Privacy Act*, *la Personal Information Protection Act* et les lois fédérales équivalentes, s'il y a lieu).

Depuis le 1^{er} janvier 2020, les primes du MSP ont été éliminées. La MPA a été modifiée en vertu de la Medicare Protection Amendment Act, 2019 pour tenir compte de ce changement. Les primes pour les périodes d'adhésion après le 1^{er} janvier 2020 ne seront plus payées par les bénéficiaires.



2.0 INTÉGRALITÉ

2.1 Services hospitaliers assurés

La *Hospital Act*, le *Hospital Act Regulations* confèrent au ministre le pouvoir de désigner les établissements comme hôpitaux et les sociétés comme sociétés hospitalières, d'accorder des permis aux hôpitaux privés de soins de longue durée, d'approuver les règlements administratifs des hôpitaux, d'inspecter les hôpitaux et de nommer un administrateur public. Cette législation fixe également les paramètres généraux du fonctionnement des hôpitaux.

La *Hospital Insurance Act* et le *Hospital Insurance Act Regulations* confèrent au ministre le pouvoir de verser des paiements aux autorités de la santé pour l'exploitation des hôpitaux. Ils indiquent également qui a le droit de recevoir des services financés par l'État et définissent les « services hospitaliers généraux » qui doivent être fournis à titre de prestations.

Les services hospitaliers sont des prestations financées par l'État lorsqu'ils sont fournis à un bénéficiaire dans un hôpital public et qu'ils sont médicalement nécessaires et recommandés par le médecin, la sage-femme, le personnel infirmier praticien ou le chirurgien buccal et maxillo-facial traitant. Il n'existe pas de processus d'examen périodique ou régulier des services hospitaliers publics, car ces services sont censés être inclusifs.

Lorsqu'ils sont médicalement nécessaires, les services et produits suivants sont fournis aux patients visés dans un hôpital général :

- › l'hébergement et les repas au niveau de service normal ou en salle commune;
- › les soins infirmiers nécessaires;
- › les actes de laboratoire et de radiologie et les interprétations nécessaires ainsi que les autres interventions diagnostiques approuvées par le ministre, dans un hôpital donné, afin de maintenir la santé, de prévenir les maladies et d'aider à diagnostiquer et à traiter les maladies, les blessures ou les incapacités;
- › les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes, quand ils sont administrés dans un hôpital général;
- › l'usage des salles d'opération, des salles d'accouchement et des installations d'anesthésie ainsi que le matériel et les fournitures nécessaires;
- › les fournitures chirurgicales courantes;
- › l'utilisation des installations de radiothérapie lorsqu'on en dispose;
- › l'utilisation des installations de physiothérapie lorsqu'on en dispose;
- › les services d'un travailleur social;

- › d'autres services de réadaptation lorsqu'on en dispose;
- › d'autres services nécessaires approuvés par le ministre qui sont fournis par des personnes rémunérées par l'hôpital.

Lorsqu'ils sont médicalement nécessaires, les services et produits suivants sont fournis aux patients externes qui sont bénéficiaires :

- › les services des urgences;
- › l'utilisation des salles d'opération;
- › l'équipement et les fournitures utilisés pour les services médicalement nécessaires fournis aux bénéficiaires, y compris, les produits anesthésiques, le matériel stérile, les pansements, les plâtres, les attelles, les dispositifs d'immobilisation et les bandages;
- › les repas nécessaires durant le diagnostic et le traitement;
- › les médicaments administrés pour un service médicalement nécessaire fourni au bénéficiaire;
- › tout service fourni par le personnel d'un hôpital qui est approuvé par le ministre.

Lorsqu'ils sont médicalement nécessaires, les services diagnostiques suivants qui sont spécifiques dans le *Medical and Health Care Services Regulations* en vertu de la MPA – sont offerts aux patients en consultation externe qui sont bénéficiaires. Selon le service, ils peuvent se trouver dans des hôpitaux ou dans des établissements privés que la MSC a approuvés pour fournir le service :

- › la radiologie diagnostique;
- › les techniques d'imageries échographiques;
- › la tomographie axiale calculée par ordinateur ou tomодensitométrie (honoraires des professionnels seulement);
- › les scintigraphies en médecine nucléaire;
- › la polysomnographie;
- › la fonction pulmonaire;
- › l'électromyographie;
- › l'électroencéphalographie;
- › l'électrocardiographie.

Les services de laboratoire pour les patients hospitalisés et les patients externes médicalement nécessaires sont fournis en vertu de la *Laboratory Services Act* (LSA).

Les services hospitaliers assurés sont fournis sans frais aux bénéficiaires, à quelques exceptions près dont, notamment :

- › les frais différentiels pour les fournitures médicales ou chirurgicales privilégiées (mais non médicalement nécessaires);

- › les chambres individuelles ou semi-privées (quand elles ne sont pas médicalement nécessaires et que des lits dans des salles communes sont disponibles);
- › les frais journaliers qui sont imposés aux patients en soins de longue durée dans des hôpitaux de soins de longue durée ou des hôpitaux généraux.

Certains établissements offrant des services de soins de longue durée (dans ce cas, l'expression «soins prolongés» est parfois utilisée) sont réglementés en vertu de la 2^e partie de la *Hospital Act*. Les autorités de la santé et les hôpitaux sont tenus de suivre les politiques de soins à domicile et de soins communautaires pour établir quelles prestations sont couvertes dans de tels cas.

2.2 Services médicaux assurés

À moins d'en être expressément exclus, les services médicaux suivants sont des prestations financées par l'État en vertu de la MPA ou de la LSA :

- › les services médicalement nécessaires fournis aux bénéficiaires (résidents de la Colombie-Britannique inscrits au MSP conformément à l'article 7 de la MPA) par un praticien inscrit au MSP;
- › les services diagnostiques médicalement nécessaires fournis sous la supervision d'un médecin inscrit dans un établissement de diagnostic approuvé.

Pour exercer en Colombie-Britannique, les médecins doivent être inscrits au College of Physicians and Surgeons of British Columbia et être membres en règle de cet organisme. Ils doivent aussi être inscrits au MSP afin de recevoir des paiements pour des services financés par l'État. Au cours de l'exercice 2018–2019, 11 588 médecins étaient inscrits au MSP et ont reçu des remboursements par l'entremise de la facturation à l'acte.

En plus des médecins et des dentistes, les sages-femmes, les optométristes, les ostéopathes et les praticiens offrant des services supplémentaires peuvent s'inscrire et fournir des prestations dans le cadre du MSP. Le programme de prestations supplémentaires en santé aide les bénéficiaires qui ont droit à de l'aide pour le paiement de la prime (voir la section 3.3 du présent rapport) et d'autres bénéficiaires à avoir accès aux services suivants : acupuncteur, massothérapeute, physiothérapeute, chiropraticien, naturopathe et podiatre (services non chirurgicaux). Le programme verse 23 \$ par patient pour le coût d'une visite, à concurrence de dix visites par patient par année pour l'ensemble des six types de fournisseurs.

Les praticiens inscrits au MSP peuvent choisir de participer ou non. Les praticiens qui ont choisi de participer sont des praticiens qui sont inscrits au MSP et qui décident de facturer directement au MSP les services offerts aux bénéficiaires du MSP. Sauf dans certaines circonstances très rares, un praticien participant ne peut pas facturer directement un service assuré au patient. Les praticiens non participants sont inscrits au MSP et décident de facturer directement aux patients les services assurés. Les praticiens inscrits qui désirent se retirer du MSP doivent en aviser par écrit la MSC. Les patients peuvent soumettre au MSP une demande de remboursement à l'égard des frais des services reçus. En vertu de la MPA, un médecin non participant ne peut pas exiger à un patient des frais de service supérieurs au montant prescrit par le MSP.

Aux termes de l'entente-cadre avec les médecins entre le gouvernement, la MSC et Doctors of BC, les changements apportés au barème d'honoraires de la MSC, comme les ajouts, les suppressions et les modifications d'honoraires, sont effectués par la MSC, sur l'avis de Doctors of BC ou du gouvernement. Afin de modifier le barème d'honoraires, les parties doivent présenter leurs propositions au comité des tarifs. Sur recommandation de ce comité, la MSC peut inscrire provisoirement de nouveaux actes ou de nouveaux services pendant que la liste définitive est dressée.

Au cours de l'exercice 2018–2019, 51 nouveaux services médicaux nets ont été ajoutés au barème d'honoraires de la MSC afin de refléter les normes de pratique actuelles, notamment l'introduction d'un nouveau service de cardiologie pour la fermeture percutanée de l'appendice auriculaire gauche et de deux nouveaux services d'obstétrique et de gynécologie pour les biopsies laparoscopiques unilatérales et bilatérales des ganglions sentinelles.

Par contre, cinq services médicaux ont été retirés du barème d'honoraires de la MSC au cours de l'exercice 2018–2019, y compris, par exemple, l'épilation des poils faciaux et le pontage aisselle fémoral – unilatéral.

De plus, au cours de l'exercice 2018–2019, 30 services médicaux ont été supprimés de la catégorie de l'orthopédie et transférés à la catégorie de la neurochirurgie.

2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

En 2015, il a été précisé que les services dentaires fournis dans les établissements chirurgicaux en vertu d'un contrat avec une autorité de la santé et figurant dans le barème de paiement des soins dentaires sont des prestations en vertu du MSP.

Dans certaines circonstances, l'hospitalisation d'un patient des services internes ou externes est jugée médicalement nécessaire pour effectuer de façon appropriée et sans danger des services de chirurgie dentaire. Dans de tels cas, le volet de l'intervention chirurgicale dentaire est financé par l'État si le service est visé par la définition de services dentaires et orthodontiques couverts par le *Medical and Health Care Services Regulations* en vertu de la MPA. Le volet hospitalisation est financé par l'autorité de la santé.

Les interventions chirurgicales-dentaires financées par l'État comprennent celles qui visent à remédier à un trouble de la cavité buccale ou d'un élément fonctionnel de la mastication. En général, ces actes incluent la chirurgie buccale et maxillo-faciale en cas de blessures traumatiques, la chirurgie orthognathe, les extractions requises sur le plan médical et le traitement chirurgical d'un trouble de l'articulation temporo-mandibulaire. Les ajouts ou les modifications à la liste de services sont effectués par le MSP, sur l'avis du Dental Liaison Committee, et les ajouts et les modifications au barème des services dentaires doivent être approuvés par la MSC.

Tout dentiste généraliste membre en règle du British Columbia College of Dental Surgeons, inscrit au MSP et possédant des droits hospitaliers peut offrir des services de chirurgie dentaire dans un hôpital ou d'autres établissements approuvés. En 2018–2019, 208 dentistes (dentistes

généralistes, spécialistes en dentisterie pédiatrique, chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux, spécialistes en médecine buccodentaire et orthodontistes) étaient inscrits au MSP et facturaient dans le cadre de celui-ci.

2.4 Services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

La nécessité médicale est le critère du financement public des hôpitaux et des services médicaux. Les médicaments à emporter par les patients externes et tout médicament non approuvé cliniquement par l'hôpital ne sont pas couverts.

Les autres services exclus en vertu de la *Hospital Insurance Act* et de son Règlement comprennent :

- › les services fournis par le personnel médical qui n'est pas employé par l'hôpital ni sous contrat avec l'hôpital;
- › les traitements pris en charge par WorkSafe BC, le ministère des Anciens Combattants ou tout autre organisme; les services ou les traitements qui, après examen des faits médicaux par le ministre (ou une personne désignée par le ministre), ne sont pas jugés nécessaires;
- › les maladies ou les états exclus.

Les services hospitaliers non financés par l'État comprennent également :

- › l'hébergement en chambre individuelle ou semi-privée à la demande du patient alors que ce type d'hébergement n'est pas médicalement nécessaire;
- › le coût supplémentaire des fournitures, des appareils et des services médicaux ou chirurgicaux privilégiés par rapport à ceux qui sont nécessaires sur le plan médical;
- › la télévision, le téléphone et les services infirmiers privés;
- › les soins dentaires pouvant être fournis en toute sécurité dans une clinique dentaire, y compris les services de dentisterie prosthétique et d'orthodontie.

Les autorités de la santé sont tenues, aux termes de la politique du Ministère, de financer les déplacements médicalement nécessaires entre les hôpitaux de soins actifs en Colombie-Britannique. Par contre, les patients doivent assumer des frais d'utilisation pour compenser en partie les frais d'ambulance ou d'un autre fournisseur contractuel pour le transport dans d'autres situations.

Les services non couverts au titre du MSP comprennent :

- › les services assurés en vertu de la *Workers' Compensation Act* ou d'autres lois provinciales ou fédérales;
- › les prothèses non implantées;
- › les orthèses;
- › les spécialités pharmaceutiques et les médicaments brevetés;
- › les examens qui ne sont pas médicalement nécessaires;
- › les interventions de chirurgie buccale ou maxillo-faciale pratiquées au cabinet du dentiste;

- › les consultations téléphoniques non liées aux visites financées par l'État;
- › le rétablissement de la fécondité (sauf lorsque la stérilisation a été causée à l'origine par un traumatisme);
- › la fécondation in vitro;
- › les services médico-légaux;
- › la plupart des interventions de chirurgie esthétique.

L'article 45 de la MPA interdit la vente ou la délivrance d'une police d'assurance-santé par des assureurs privés à des patients à l'égard de services qui seraient financés par l'État. L'article 17 empêche la surfacturation en interdisant d'imposer à une personne des frais à l'égard d'un service assuré ou en rapport avec un service assuré ou [traduction] « de fournitures, de consultations, d'interventions, 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 » fourni par un praticien qui est inscrit au MSP.

En 2018–2019, la Loi a été modifiée afin de renforcer les exigences selon lesquelles les bénéficiaires doivent être avisés des frais prévus pour des services qui seraient des prestations s'ils étaient fournis par un praticien inscrit au MSP. Si l'avis n'est pas fourni comme il est exigé, une personne n'est pas tenue de payer le service, sauf si celui-ci a été rendu dans une situation d'urgence, ce qui rend impossible de se conformer à l'exigence relative à l'avis.

Le Ministère et la MSC donnent suite aux plaintes de surfacturation des patients et prennent les mesures appropriées pour corriger les situations signalées. En 2018–2019, la MPA a été modifiée pour prévoir que les personnes qui facturent un service ou quoi que ce soit se rapportant à la prestation du service doivent rembourser la personne qui a été facturée en contravention de la MPA par un médecin inscrit et participant, ou en contravention de l'exigence de préavis par un praticien non inscrit. Les renseignements concernant le processus d'examen de la surfacturation sont disponibles sur le [site Web du gouvernement de la Colombie-Britannique](#) (en anglais seulement).

Concernant le MSP, la MSC a le pouvoir de déterminer quels sont les services assurés.



3.0 UNIVERSALITÉ

3.1 Admissibilité

L'article 7 de la *Medical Protection Act* (MPA) énonce l'exigence d'inscription au MSP pour les résidents de la C.-B. (tels que définis dans la MPA) pour s'inscrire au MSP. Il faut être résident de la Colombie-Britannique pour être admissible aux services de santé assurés de la province.

L'article 1 de la MPA, définit un résident comme une personne qui est soit réputée résidente en vertu du règlement, soit :

- › citoyenne du Canada ou qui est légalement admise au Canada pour y obtenir la résidence permanente;
- › qui a établi sa résidence en Colombie-Britannique, et

- › y est physiquement présente pour au moins six mois au cours d'une année civile, ou pour une courte période de temps prescrite.

Les résidents réputés comprennent des personnes comme certains détenteurs de permis délivrés en vertu de la *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés* (loi fédérale – voir la section 3.2 du présent rapport), entre autres, mais pas celle se trouvant en Colombie-Britannique à titre de touristes ou de visiteurs.

Les résidents qui ne veulent pas participer au régime d'assurance-santé de la province peuvent choisir de ne pas participer au programme financé par l'État. Les personnes sont tenues de remplir une déclaration de retrait et de la soumettre à la MSC. Une fois signée, la déclaration est irrévocable et fait en sorte que le résident est responsable du coût total de tous les services hospitaliers et médicaux et des autres services de santé qu'il peut recevoir au cours de la période de retrait de 12 mois. Les résidents ne peuvent pas se retirer rétroactivement et doivent présenter une nouvelle demande de retrait à la fin de chaque période de 12 mois.

Tous les résidents ont droit à la couverture des soins médicaux et des soins hospitaliers médicalement nécessaires. Les résidents qui sont membres des Forces canadiennes et ceux qui purgent une peine dans un pénitencier fédéral défini dans la *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition* sont couverts par un programme fédéral d'assurance-santé. Le MSP couvre le premier jour de la cessation d'emploi, ou le retour d'une période d'affectation outre-mer des membres des Forces canadiennes ainsi que la libération des détenus des pénitenciers fédéraux.

Il est possible que l'inscription d'un bénéficiaire soit annulée par décret de la MSC, si la MSC détermine que le bénéficiaire n'était pas admissible à l'inscription ou s'il croit que le bénéficiaire a cessé d'être un résident. En vertu de l'article 11 de la MPA, avant de rendre une ordonnance annulant l'inscription d'un bénéficiaire, il faut aviser celui-ci qu'il a droit à une audience. Si le bénéficiaire décide de se prévaloir de ce droit, l'audience doit être tenue par un délégué de la MSC, soit en personne, soit par écrit. Les décisions de la MSC ou de ses délégués peuvent faire l'objet d'un contrôle judiciaire par la Cour suprême de la Colombie-Britannique.

En date du 31 mars 2019, 4 997 617 résidents étaient inscrits au MSP.

3.2 Autres catégories de personnes

Les titulaires d'un permis d'études ou d'un permis de travail ainsi que les demandeurs du statut de résident permanent qui sont le conjoint ou l'enfant d'un résident admissible sont admissibles à l'inscription et aux services s'ils sont réputés être des résidents en vertu de la MPA et conformément à l'article 2 du *Medical and Health Care Services Regulation*.

3.3 Primes

La MPA et le *Medical and Health Care Services Regulation* autorisent actuellement la MSC à percevoir les primes des bénéficiaires.

L'inscription au MSP est obligatoire (sous réserve du droit de retrait d'un adulte) et le paiement des primes est habituellement une condition d'admissibilité. La dette de prime impayée n'est pas un obstacle à la couverture.

Pour l'exercice 2018–2019, les primes mensuelles du Medical Services Plan étaient de 37,50 \$ pour un adulte et de 75 \$ pour une famille de deux adultes. De plus, il n'y a plus de primes du MSP pour les enfants de moins de 19 ans ni pour les étudiants à charge de niveau postsecondaire inscrits à temps plein (ce qui comprend les écoles de métiers, les écoles techniques et les écoles secondaires). Comme l'a annoncé le gouvernement de la Colombie-Britannique, et à la suite des modifications adoptées en vertu de la *Medicare Protection Amendment Act, 2019*, les primes du MSP ont été éliminées pour tous les bénéficiaires à compter du 1^{er} janvier 2020.

Le Medical Services Plan a deux programmes qui offrent de l'aide pour le paiement de la prime s'appuyant sur les besoins financiers. L'aide régulière pour le paiement de la prime offre plusieurs niveaux d'aide et s'appuie sur le revenu net d'une personne pour l'année d'imposition précédente, combiné à celui du conjoint de la personne, s'il y a lieu, moins les retenues du MSP. Les taux d'aide aux primes ne sont plus calculés de manière à inclure les enfants. En 2018–2019, le revenu maximal qui permet d'être admissible à l'aide sous forme de primes était un revenu net ajusté de 42 000 \$ par année. La somme du revenu net qui permet à un bénéficiaire et à son conjoint d'être admissibles lorsque l'un des conjoints est en soins de longue durée était de 54 000 \$. Les primes mensuelles payées par les bénéficiaires recevant l'aide pour le paiement de la prime se chiffrent entre 11,50 \$ et 32,50 \$ pour un adulte célibataire et entre 23 \$ et 65 \$ pour une famille de deux adultes.

Il existe des groupes de bénéficiaires précis, y compris ceux qui reçoivent de l'aide en vertu de la *Employment and Assistance Act* ou de la *Employment and Assistance for Persons with Disabilities Act*, pour lesquels aucune cotisation n'est payable conformément à l'article 10 du Medical and Health Care Services Regulation.

Pour de courtes périodes, une subvention pouvant aller jusqu'à 100 % est offerte dans le cadre du programme d'aide temporaire pour le paiement de la prime fondée sur les difficultés financières imprévues actuelles. L'aide pour le paiement de la prime est réservée aux citoyens canadiens et aux résidents permanents (immigrants admis) qui sont des résidents du Canada depuis douze mois consécutifs ou plus en vertu de la *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés* (loi fédérale).

Étant donné l'élimination des primes du MSP à compter du 1^{er} janvier 2020, les programmes d'aide aux primes et d'aide temporaire aux primes cessent d'être en vigueur à cette date.



4.0 TRANSFÉRABILITÉ

4.1 Période d'attente 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 l'établissement de la résidence, plus deux mois supplémentaires. Par exemple, si une personne admissible présente une demande au mois de juillet, la protection entre en vigueur le 1^{er} octobre. Si les absences du Canada au cours de la période d'attente dépassent 30 jours, l'admissibilité peut être retardée. Les nouveaux résidents en provenance d'ailleurs au Canada sont avisés de maintenir leur couverture auprès leur ancien régime d'assurance-santé provincial ou territorial dans l'intervalle.

4.2 Couverture durant des absences temporaires au Canada

Les articles 3, 3.1, 4 et 5 du *Medical and Health Care Services Regulation* énoncent les dispositions relatives à la transférabilité concernant les services financés par l'État pour les personnes qui s'absentent temporairement de la Colombie-Britannique.

De manière générale, les résidents qui s'absentent de la province une partie de l'année, chaque année, doivent être physiquement présents au moins six mois au cours de l'année civile et conserver leur domicile en Colombie-Britannique pour être couverts par le régime. Depuis le 1^{er} janvier 2013, les vacanciers à long terme qui sont résidents de la province peuvent avoir droit à une absence totale d'au plus sept mois par année pour des vacances seulement, à condition qu'ils donnent un préavis à la MSC et qu'ils continuent de satisfaire aux autres exigences, comme de conserver leur domicile en Colombie-Britannique.

Les personnes qui quittent temporairement la province pour prendre des vacances prolongées ou occuper un emploi temporaire peuvent conserver leur couverture médicale jusqu'à 24 mois consécutifs, à la condition qu'elles reçoivent l'approbation préalable de la MSC et qu'elles satisfassent aux autres exigences de l'article 4 du *Medical and Health Care Services Regulation*. Une seule approbation est accordée par période de cinq ans pour les absences de plus de six mois au cours d'une année civile. Les personnes qui habitent à l'extérieur de la province plus longtemps que la période autorisée sont tenues de respecter une période d'attente à leur retour dans la province avant d'être de nouveau couvertes. Les étudiants et les membres de leur famille élargie qui fréquentent à temps plein une école reconnue d'une autre province ou d'un territoire ont droit à la couverture pendant la durée de leurs études.

Selon les ententes de facturation réciproque interprovinciales et interterritoriales, les médecins, à l'exception de ceux du Québec, facturent directement à leur régime les services offerts aux résidents de la Colombie-Britannique admissibles à la couverture du MSP qui ont présenté un numéro de carte d'assurance-santé valide ou une carte de services de la Colombie-Britannique. La Colombie-Britannique effectue le paiement à la province ou au territoire où les services ont été rendus conformément au tarif du barème d'honoraires de la province ou du territoire. Le paiement des services hospitaliers aux patients hospitalisés est fait au tarif établi pour chaque hôpital pour l'hébergement en salle commune approuvé par le comité consultatif des sous-ministres adjoints sur les politiques. Dans le cas des services hospitaliers fournis aux patients externes, les tarifs payés sont ceux des ententes interprovinciales et interterritoriales de facturation réciproque. Le paiement, sauf dans le cas de services exclus facturés au patient, se fait par l'entremise des procédures de facturation réciproque interprovinciales et interterritoriales.

Le Québec ne participe pas aux ententes de facturation réciproque des services médicaux. Les réclamations à l'égard de services assurés fournis aux bénéficiaires de la Colombie-Britannique par les médecins de cette province doivent donc être traitées individuellement. En voyage au Québec ou à l'extérieur du Canada, le bénéficiaire doit habituellement payer les soins médicaux obtenus et demander plus tard un remboursement du gouvernement de la Colombie-Britannique.

La Colombie-Britannique paie les tarifs de facturation des hôpitaux et les tarifs des services de consultation externe approuvés par les provinces et territoires d'accueil. Ces tarifs sont recommandés par le Comité de coordination des ententes interprovinciales en assurance-santé et approuvés par les sous-ministres provinciaux et territoriaux de la Santé.

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

Les dispositions qui définissent la transférabilité de l'assurance-santé au cours des absences temporaires à l'étranger sont l'article 24 de la *Hospital Insurance Act*, la section 6 de son Règlement, les articles 5.5 et 29 de la *Medical Protection Act* et les articles 3 à 5 et 35 du *Medical and Health Care Services Regulation*.

Les résidents qui quittent temporairement la Colombie-Britannique pour fréquenter une école ou une université sont admissibles à la couverture du MSP pour la durée de leurs études, à condition qu'ils soient physiquement présents au Canada pendant six des douze mois précédant immédiatement le départ et qu'ils suivent des cours à temps plein dans un établissement d'enseignement reconnu. Les bénéficiaires qui ont étudié à l'extérieur de la Colombie-Britannique doivent revenir dans la province avant la fin du mois suivant le mois au cours duquel ils ont terminé leurs études. On encourage tout étudiant qui ne retourne pas en Colombie-Britannique dans ces délais à communiquer avec les responsables du MSP.

Dans certains cas, lors d'une absence temporaire de la province pour le travail ou des vacances, une personne peut être considérée comme un résident admissible pendant une « absence prolongée » pour une période de 24 mois consécutifs, une fois tous les cinq ans. Pour être admissible, elle doit obtenir une approbation préalable pour son statut de résident durant son absence, conserver sa résidence en Colombie-Britannique, être physiquement présente au Canada pendant six des douze mois précédant immédiatement son départ et ne pas avoir bénéficié d'une absence prolongée au cours des cinq années antérieures. De plus, elle ne doit pas avoir bénéficié du mois d'absence supplémentaire offert aux vacanciers, au cours de l'année du début de l'absence prolongée ou au cours de l'année précédant le début de l'absence prolongée. Dans certaines situations, si le travail d'une personne lui demande de voyager régulièrement à l'extérieur de la Colombie-Britannique pour plus de six mois par année, elle doit présenter une demande à la MSC aux fins d'approbation pour maintenir son admissibilité.

Les résidents de la Colombie-Britannique qui sont temporairement absents de la province et qui ne peuvent y revenir pour des raisons de santé peuvent être réputés comme résidents de la province jusqu'à une période de 12 mois supplémentaires s'ils séjournent ailleurs au Canada ou à l'étranger. Cela vise aussi le conjoint et les enfants de la personne, à condition qu'ils soient avec la personne et qu'ils soient aussi des résidents ou réputés être des résidents de la province.

Les résidents de la Colombie-Britannique qui ont droit à la couverture du régime alors qu'ils sont temporairement absents de la province peuvent se faire rembourser par le MSP des dépenses médicales occasionnées à l'extérieur du pays. Le MSP couvre les services médicaux d'urgence obtenus à l'extérieur du pays en accordant au maximum les tarifs s'appliquant aux services médicaux dans la province. Le remboursement des services hospitaliers d'urgence obtenus à l'étranger se limite à une somme maximale de 75 \$ par jour. Toute dépense excédentaire doit être assumée par le bénéficiaire. Toutes les sommes remboursées sont versées en dollars canadiens.

4.4 Nécessité d'une approbation préalable

Aucune autorisation préalable n'est requise pour les interventions médicales couvertes aux termes des ententes de facturation réciproque interprovinciales conclues avec les autres provinces et territoires. Une autorisation préalable de la MSC est requise si l'intervention n'est pas couverte aux termes de ces ententes.

Les services médicaux exclus aux termes des accords interprovinciaux pour le traitement réciproque des demandes de remboursement des frais médicaux hors province sont :

- › la chirurgie esthétique;
- › la chirurgie de réassignation sexuelle;
- › la chirurgie visant à rétablir la fécondité;
- › les examens de santé périodiques, comme l'examen des yeux;
- › la fécondation in vitro;
- › l'insémination artificielle;
- › l'acupuncture;
- › l'acupression;
- › l'électrostimulation transcutanée;
- › la moxibustion;
- › le biofeedback;
- › l'hypnothérapie;
- › les services aux personnes couvertes par d'autres organismes (p. ex. Forces armées canadiennes, Commission des accidents du travail, ministère des Anciens Combattants et Services correctionnels du Canada);
- › les services demandés par un tiers;
- › les conférences d'équipe;
- › le dépistage génétique et les autres investigations génétiques, y compris les sondes ADN;
- › les actes encore au stade de l'expérimentation et du développement;
- › les services anesthésiques et les services d'aide chirurgicale pour tout ce qui précède.

Une autorisation préalable de la MSC est exigée pour toutes les interventions non urgentes fournies à l'extérieur du pays avant que l'intervention ne soit effectuée, afin que le bénéficiaire soit admissible à un remboursement du programme financé par l'État. Toutes ces demandes de remboursement doivent être soumises au Ministère ou à son représentant désigné, Health Insurance BC. La décision est présentée par écrit au bénéficiaire.

Dans le cas où une demande de financement est refusée, le bénéficiaire peut demander un examen administratif du refus.

Si, après l'examen administratif, la demande de financement au titre du MSP est à nouveau refusée, le bénéficiaire peut demander une révision de la décision. Un comité de révision de la MSC s'occupe des demandes de remboursement de frais encourus à l'étranger. Le comité est composé de trois membres : un délégué représentant le Ministère, un délégué représentant Doctors of BC et un délégué représentant le grand public. Cette structure tripartite fait en sorte que les décisions touchant la gestion du système de santé provincial reflètent l'intérêt supérieur de toutes les parties concernées. Pour les demandes de remboursement de frais encourus à l'extérieur de la province, mais au Canada, l'examen est effectué par un comité consultatif de la MSC.



5.0 ACCESSIBILITÉ

5.1 Accès aux services de santé assurés

Les bénéficiaires de la Colombie-Britannique, en vertu de l'article 1 de la MPA, sont admissibles aux soins de santé financés par l'État, au besoin. Afin d'assurer l'égalité d'accès à tous, sans égard au revenu, l'article 18 limite également, dans certains contextes, la facturation par des médecins non inscrits. De même, l'article 15 de la *Laboratory Services Act* interdit la surfacturation aux bénéficiaires des services de laboratoire médicalement nécessaires fournis dans un laboratoire approuvé, et les articles 12 et 13 de la *Hospital Insurance Act* (HIA) interdisent la surfacturation des services hospitaliers.

Si un service est offert par un médecin inscrit qui a choisi de ne pas participer au MSP, tout montant facturé au-delà du montant autorisé en vertu de la MPA représente de la surfacturation et doit être remboursé. La MSC peut demander une injonction empêchant une personne de contrevenir aux dispositions de la MPA sur la surfacturation.

De plus, l'accès aux services financés par l'État continue à être amélioré comme suit :

- › Le programme relatif aux autres modes de rémunération finance les autorités régionales de la santé pour qu'elles embauchent des omnipraticiens ou des spécialistes ou concluent des contrats avec des omnipraticiens ou des spécialistes pour la prestation de services cliniques financés par l'État.
- › Le Ministère avance vers un système intégré de soins aux patients en collaboration avec des équipes interdisciplinaires composées de fournisseurs de soins de santé afin de répondre aux besoins en santé des communautés et des populations ainsi que pour améliorer l'accès et l'adhésion des patients. Afin d'appuyer les soins de base d'équipe,

le Ministère a mis en application ou a élargi les options de compensation alternatives étendues suivantes :

- › Nouveaux contrats de services pour les omnipraticiens et les infirmiers praticiens – Des fonds ont été alloués pour recruter jusqu'à 200 omnipraticiens et 200 infirmiers praticiens pour travailler dans le cadre de réseaux de soins primaires fondés sur le travail d'équipe. L'un des principaux objectifs de cette initiative est d'accroître la participation des patients dans toute la province, et le recrutement vise les omnipraticiens et les infirmiers praticiens qui n'ont pas actuellement de groupe de patients. Le modèle de contrat de trois ans assure la stabilité du revenu pendant que le praticien établit sa pratique.
- › Personnel infirmier pratiquant des soins primaires – Ce programme permet l'intégration du personnel infirmier à des équipes interdisciplinaires en médecine familiale et accroît la capacité d'un médecin de famille à offrir un éventail élargi et complet de pratiques en clinique.
- › Modèles de capitation mixte en tant que modèle de financement fondé sur la population. – Ce modèle de financement vise à compenser les pratiques des groupes de soins primaires qui fournissent un éventail complet de services de pratique familiale pour les soins des patients de longue durée; les paiements sont calculés en fonction de la taille et de la complexité des panels de patients enregistrés de la pratique; les paiements par capitation offrent plus de flexibilité à une pratique pour déterminer la meilleure méthode et aux membres d'une équipe de fournir les services requis. Les services fournis aux patients non inscrits sont payés à l'acte.
- › Le Full-Service Family Practice Incentive Program continue à prendre de l'expansion puisque le Ministère et les médecins continuent de collaborer pour concevoir des initiatives visant à soutenir et à maintenir la pratique de la médecine familiale complète.
- › Le Ministère verse des fonds aux autorités de la santé par l'entremise du programme Medical On-Call Availability afin de leur permettre de passer des contrats avec des groupes de médecins en vue de fournir des services « sur appel » pour que les hôpitaux soient en mesure de donner des soins de santé d'urgence aux patients de manière fiable, efficace et efficiente.
- › Dans le cadre de l'entente cadre avec les médecins (Physician Master Agreement – PMA), le Ministère poursuit les programmes visant 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. On peut obtenir un [aperçu de ces programmes](#) sur le site Web du gouvernement de la Colombie-Britannique (en anglais seulement).

Infrastructure et planification des immobilisations

La Colombie-Britannique poursuit ses investissements stratégiques dans les immobilisations du secteur de la santé. Le Ministère investit annuellement pour renouveler et prolonger la durée de vie des établissements de santé existants, de l'équipement diagnostique et médical et des technologies de gestion de l'information dans de nombreux établissements de santé de la

Colombie-Britannique. Le Ministère maintient un plan d'immobilisations à long terme pour veiller à ce que l'infrastructure en santé soit maintenue et renouvelée dans les délais prévus pour le cycle de vie des biens.

5.2 Rémunération des médecins

La PMA est une entente officielle signée par le gouvernement de la Colombie-Britannique, Doctors of BC et la MSC. L'entente de trois ans (du 1^{er} avril 2019 au 31 mars 2022) appuie les efforts continus de recrutement et de maintien en poste des médecins, tout en améliorant l'accès aux médecins généralistes, aux spécialistes et aux soins dans les communautés rurales et éloignées.

Doctors of BC représente les intérêts de tous les médecins qui reçoivent une rémunération pour les services médicaux qu'ils fournissent aux bénéficiaires en lien avec l'entente-cadre avec les médecins. Cette entente-cadre établit des mécanismes qui favorisent une collaboration et une responsabilisation accrues entre la province et Doctors of BC par l'entremise de divers comités mixtes. Elle fournit aussi un processus formel de gestion des conflits au plan local et au plan provincial, et son libellé réduit l'abandon de services médicaux. Le rôle des autorités de la santé dans la planification et la prestation de services de soins de santé est renforcé par la PMA.

La PMA fixe la rémunération et la structure des prestations pour les médecins qui fournissent des services médicaux financés par l'État, que ce soit dans le cadre d'une rémunération à l'acte, d'un modèle contractuel ou d'un modèle de financement fondé sur la population (capitation). Dans le cadre de la PMA, la province fournit également un soutien financier ciblé dans des domaines tels que les programmes ruraux, les services de spécialistes, la médecine familiale complète et les modèles de soins partagés impliquant des omnipraticiens, des spécialistes et d'autres professionnels de la santé.

Les médecins sont inscrits par le College of Physicians and Surgeons of British Columbia, un organisme établi en vertu de la *Health Professions Act*. L'entente-cadre avec les médecins prévoit des processus concernant la surveillance et la gestion du financement établi par la MSC qui peut être alloué aux termes de l'article 25 de la MPA pour les services médicaux financés par l'État fournis par les médecins selon la facturation à l'acte. Les mécanismes pour apporter des révisions au barème d'honoraires de la MSC et pour verser les honoraires aux médecins sont détaillés dans l'entente-cadre avec les médecins.

Les dentistes sont inscrits par le College of Dental Surgeons of British Columbia, qui est aussi un organisme établi en vertu de la *Health Professions Act*. La province et l'Association dentaire de la Colombie-Britannique (BCDA) sont en cours de négociation d'une nouvelle entente-cadre (Dentistry Master Agreement) pour la période du 1^{er} avril 2019 au 31 mars 2021, qui couvre les services suivants : chirurgie dentaire, chirurgie buccale, traitements orthodontiques, médecine buccale, services dentaires pédiatriques et interventions dentaires techniques. Les dispositions de la convention-cadre précédente, qui est entrée en vigueur le 1^{er} avril 2014 et qui a expiré le 31 mars 2019, demeurent en vigueur jusqu'à ce qu'une nouvelle convention soit négociée. La province et la BCDA collaborent par l'entremise d'un comité de liaison.

Le paiement des services médicaux fournis dans la province est effectué par l'entremise du MSP à des praticiens individuels qui soumettent des demandes au terme de la facturation à l'acte, aux autorités de la santé qui font appel à des médecins pour fournir des services aux patients ainsi qu'aux autorités de la santé ou aux groupes de médecins qui fournissent des services aux patients au terme du modèle de financement fondé sur la population.

La MSC est autorisée à surveiller la facturation et le paiement de réclamations afin de gérer les dépenses relatives aux services médicaux et aux autres services de santé au nom des bénéficiaires du MSP. Le programme d'intégrité de la facturation du Ministère permet d'assurer la surveillance, la vérification et l'examen des modèles et des pratiques de facturation des médecins et des professionnels de la santé afin de détecter et de décourager la facturation inappropriée et incorrecte des réclamations du MSP à la MSC. Ce programme permet également d'élaborer et d'analyser les profils des praticiens, de surveiller les tendances, d'effectuer des vérifications et, conformément à la loi, le cas échéant, de chercher à recouvrer les sommes versées de façon inappropriée.

5.3 Paiements aux hôpitaux

Les fonds destinés aux services hospitaliers financés par l'État sont compris dans l'allocation annuelle de fonds aux autorités de la santé ainsi que dans le financement ciblé lorsqu'il y a lieu. Cette allocation de fonds doit être utilisée pour financer toute la gamme des services de santé dont a besoin la population de la région (ou des services provinciaux particuliers pour la population de la Colombie-Britannique), y compris la prestation de services hospitaliers. Les allocations annuelles de fonds aux autorités de la santé sont définies dans le cadre du processus du budget annuel du Ministère après consultation avec le ministère des Finances et le Conseil du Trésor. Le financement pour l'exercice en cours et le financement théorique des exercices ultérieurs sont transmis aux autorités de la santé au moyen de lettres de financement annuelles.

La *Hospital Insurance Act* (et son Règlement) ainsi que la *Health Authorities Act* régissent les paiements effectués par le gouvernement aux autorités de la santé. Ces lois établissent le pouvoir du ministre de faire des paiements aux autorités régionales de la santé et à l'autorité provinciale de services de santé, et précisent en termes généraux quels services sont financés par l'État lorsqu'ils sont offerts dans un hôpital et lors de la prestation des autres services de soins de santé régionaux.

L'Accord-cadre tripartite de la Colombie-Britannique sur la gouvernance de la santé des Premières Nations et d'autres ententes forment la base du financement, par le Ministère de l'Autorité de la santé des Premières Nations. Le financement appuyant les services et les programmes de soins de santé de la nation de Nisga'a est fourni à l'autorité de la santé de la vallée des Nisga'a aux termes de l'Accord de financement transitoire de 1999 du Conseil de santé de la vallée des Nisga'a.

Le Ministère ne finance pas les hôpitaux directement; les autorités de la santé reçoivent plutôt un financement et fournissent des budgets de fonctionnement aux hôpitaux de leur région pour offrir des services particuliers. Il existe une exception, soit le financement fourni aux autorités de



la santé (encore une fois, pas directement aux hôpitaux) qui est destiné à des projets prioritaires précis (p. ex. financer les salaires ou fournir des fonds de fonctionnement afin d'appuyer de grands projets de construction d'hôpitaux en cours d'exécution). Puisque ce financement est ciblé, il doit faire l'objet d'un rapport distinct.

Un financement annuel par reconduction est accordé aux autorités de la santé à l'aide du modèle de financement fondé sur les besoins de la population du Ministère et d'autres méthodes d'allocation de fonds (allocations de financement ciblées destinées à des autorités de la santé précises, p. ex. coûts salariaux associés à la négociation collective). L'allocation annuelle de fonds aux autorités de la santé n'inclut pas les fonds destinés aux programmes qui relèvent directement du Ministère, comme la rémunération des médecins qui s'effectue par l'entremise du MSP et le paiement des médicaments d'ordonnance qui sont couverts par l'assurance-médicaments.

Les mécanismes de responsabilisation pour le financement gouvernemental des hôpitaux font partie de plusieurs documents importants qui établissent les attentes à l'égard des autorités de la santé. Il s'agit notamment de lettres de financement annuelles, de plans de service annuels, de lettres de mandat et d'accords annuels bilatéraux. Pris ensemble, ces documents transmettent les attentes générales du Ministère à l'égard des autorités de la santé et expliquent comment le rendement sera contrôlé conformément à ces attentes.



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 ainsi que dans divers documents du gouvernement provincial. En 2018–2019, ces documents comprennent :

- › le budget des dépenses pour l'exercice prenant fin le 31 mars 2019 (en anglais seulement);
- › le budget et le plan financier de 2018–2019 à 2020–2021 (en anglais seulement);
- › les comptes publics de 2017–2018 à 2018–2019 (en anglais seulement).

PERSONNES INSCRITES

Année	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
1. Nombre en date du 31 mars	4,672,899	4,746,685	4,827,696	4,925,188	4,997,617

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE

ÉTABLISSEMENTS PUBLICS

Année	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
2. Nombre ¹	120	120	120	120	120
3. Paiements pour des services de santé assurés (\$)²	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible

ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS À BUT LUCRATIF

Année	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
4. Nombre d'établissements privés à but lucratif offrant des services de santé assurés	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
5. Paiements aux établissements privés à but lucratif pour des services de santé assurés (\$)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible

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

Année	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
6. Nombre total de demandes, patients hospitalisés	6 053	7 159	5 270	5 898	5 417
7. Total des paiements, patients hospitalisés (\$)	64 421 846	67 261 694	56 882 669	61 093 890	57 540 788
8. Nombre total de demandes, patients externes	81 547	71 313	76 662	85 285	85 637
9. Total des paiements, patients externes (\$)	28 402 123	29 450 951	28 619 689	31 232 700	31 331 256

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA

PRÉ-APPROUVÉS

Année	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
10. Nombre total de demandes, patients hospitalisés	30	38	18	47	28
11. Total des paiements, patients hospitalisés (\$)	2 534 422	4 396 030	6 486 370	4 451 966	3 635 035
12. Nombre total de demandes, patients externes	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
13. Total des paiements, patients externes (\$)	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet

¹ Conformément aux lignes directrices, le nombre d'établissements publics présenté dans ce tableau exclut les hôpitaux psychiatriques et les établissements de soins prolongés.

² Le financement versé aux régies de la santé par le ministère de la Santé de la C.-B. pour tous les services offerts à l'échelle régionale représente 11,5 milliards de dollars en 2016-2017, 12,1 milliards de dollars en 2017-2018 et 12,7 milliards de dollars en 2018-2019.

NON PRÉ-APPROUVÉS

Année	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
14. Nombre total de demandes, patients hospitalisés	2 241	2 380	1 982	1 743	2 092
15. Total des paiements, patients hospitalisés (\$)	726 846	720 890	606 431	570 951	586 897
16. Nombre total de demandes, patients externes	3 713	3 189	2 601	1 904	2 867
17. Total des paiements, patients externes (\$)	1 466 862	2 375 378	2 782 841	2 987 362	2 652 836

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE

Année	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
18. Nombre de médecins participants ³	10 411	10 705	11 001	11 254	11 588
19. Nombre de médecins ayant opté pour le retrait du régime d'assurance-santé	2	2	2	2	2
20. Nombre de médecins non participants	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
21. Total des paiements des services médicaux rémunérés pour l'ensemble des méthodes de paiement (\$)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
22. Total des paiements des services médicaux rémunérés à l'acte (\$)	2 829 342 371	2 907 582 518	3 023 409 095	3 097 014 152	3 232 180 832

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS AUX RÉSIDENTS DANS UNE AUTRE PROVINCE OU UN AUTRE TERRITOIRE⁴

Année	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018 ⁵	2018-2019
23. Nombre de services	711 988	675 046	668 136	685 270	685 621
24. Total des paiements (\$)	37 312 545	36 090 357	35 532 618	35 788 808	36 896 106

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA⁴

PRÉ-APPROUVÉS

Année	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018 ⁵	2018-2019
25. Nombre de services	1 816	1 891	2 178	1 931	2 260
26. Total des paiements (\$)	2 962 440	3 711 796	4 989 144	5 268 867	6 915 394

NON PRÉ-APPROUVÉS

Année	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018 ⁵	2018-2019
27. Nombre de services	77 270	67 025	64 938	64 336	48 488
28. Total des paiements (\$)	4 320 855	3 522 394	3 388 615	4 268 886	3 099 450

³ Le nombre de médecins participants au point 14 concerne les médecins ayant été rémunérés à l'acte.

⁴ Les montants aux points 23, 24, 25, 26 et 28 ont été mis à jour pour inclure l'information la plus récente sur les services et les paiements de chaque exercice selon la date du service. L'extraction des données a été faite de façon cohérente pour chaque exercice. Les données 2017-2018 couvrent les dates de service allant du 1^{er} avril 2017 au 31 mars 2018, dont le paiement a été fait au plus le 30 septembre 2018.

⁵ Le montant rapporté dans le Rapport annuel 2017-2018 comportait une erreur matérielle. Le total des paiements exact s'élevait à 35 788 808 \$, comme indiqué ici.

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

Année	2014–2015	2015–2016	2016–2017	2017–2018	2018–2019
29. Nombre de dentistes participants	214	207	192	200	208
30. Nombre de dentistes ayant opté pour le retrait du régime d'assurance-santé ⁶	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
31. Nombre de dentistes non participants ⁶	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
32. Nombre de services fournis	54 053	52 770	55 069	55 912	61 540
33. Total des paiements (\$)	8 417 735	8 232 622	8 308 740	8 471 681	9 604 988

⁶ Santé Canada a demandé ces données à partir du rapport 2016–2017, mais n'a pas exigé des provinces ou des territoires qu'ils fassent rapport sur les années précédentes.

YUKON



Le gouvernement du Yukon s'est engagé à faire en sorte que les Yukonnais acquièrent les compétences nécessaires pour mener une vie responsable, saine et autonome. Le ministère de la Santé et des Affaires sociales (MSAS) est responsable de la prestation de tous les services de santé assurés, dont la gestion est centralisée par le ministère.

La Division des services de santé du MSAS assume la responsabilité d'une gamme de services de soins de santé, de prévention des maladies et de traitement offerts aux résidents du Yukon admissibles, afin de les aider à vivre de la façon la plus autonome possible au sein de leur collectivité. La Division des services de santé supervisent les services de santé assurés, les services de santé communautaires, de soins infirmiers communautaires, de lutte contre les maladies transmissibles, de promotion de la santé, de santé bucco-dentaire et d'hygiène du milieu.

En 2018–2019, le MSAS a concentré ses efforts à l'élaboration de programmes et de services plus complets et mieux coordonnés qui répondent aux besoins des gens en matière de santé, au moment et à l'endroit où les services sont requis.



1.0 GESTION PUBLIQUE

1.1 Régime d'assurance-santé et autorité publique

Les Services de santé assurés et de santé auditive (SASA) sont responsables de la prestation des services de soins de santé énoncés dans la *Loi sur l'assurance-santé* et la *Loi sur l'assurance-hospitalisation*. L'objectif global des SASA est d'assurer l'accessibilité et la transférabilité des services médicaux et hospitaliers assurés, conformément aux dispositions de ces lois.

Le gouvernement du Yukon offre la prestation de services de santé assurés conformément au Régime d'assurance-santé du Yukon (RASY) et au Régime d'assurance-hospitalisation du Yukon (RAHY). Les deux régimes sont administrés par le directeur, Services de santé assurés et de santé auditive. Ce poste relève d'une nomination conjointe par le ministre de la Santé et des Affaires sociales et le Commissaire du Territoire du Yukon.

Le paragraphe 3(2) et l'article 4 de la *Loi sur l'assurance-santé* établit l'autorité publique chargée d'administrer le Régime d'assurance-santé.

Le paragraphe 3(1) et l'article 5 de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation* établit l'autorité publique chargée d'administrer le Régime d'assurance-hospitalisation.

Sous réserve des dispositions de l'article 5 de la *Loi sur l'assurance-santé* et de l'article 6 de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation*, et de son Règlement, le directeur des Services de santé assurés et de santé auditive assume les responsabilités suivantes :

- › administrer les deux régimes;

- › déterminer l'admissibilité aux services de santé assurés;
- › créer des comités consultatifs et nommer des personnes chargées de donner des avis et aider au fonctionnement des Régimes;
- › déterminer le coût des services de santé assurés à l'extérieur du Yukon;
- › effectuer des enquêtes et des programmes de recherche, et obtenir des statistiques à ces fins;
- › nommer des inspecteurs et des vérificateurs pour examiner les dossiers médicaux, les rapports et les comptes et en tirer des renseignements;
- › accomplir toute autre fonction et s'acquitter de toute autre tâche que lui confie le ministre de la Santé et des Affaires sociales en vertu de la Loi.

Sous réserve de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation*, le directeur des Services assurés et de santé auditive assume également les responsabilités suivantes :

- › conclure des accords pour le compte du gouvernement du Yukon avec des hôpitaux, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du Yukon, ou avec le gouvernement du Canada ou d'une province, ou un de leurs organismes compétents, portant sur la prestation de services assurés à des bénéficiaires;
- › accomplir toute autre fonction et s'acquitter de toute autre tâche que le gestionnaire peut lui attribuer aux termes du Règlement.

Aucune des deux lois n'a été modifiée en 2018–2019.

1.2 Liens hiérarchiques

Le ministère de la Santé et des Affaires sociales est responsable devant l'Assemblée législative et le gouvernement du Yukon par l'entremise du ministre.

L'article 6 de la *Loi sur l'assurance-santé* et l'article 7 de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation* exigent que le directeur des Services de santé assurés et de santé auditive présente au ministre de la Santé et des Affaires sociales un rapport annuel sur l'administration des deux régimes d'assurance-santé. L'état des recettes et des dépenses est déposé à l'Assemblée législative, où il doit faire l'objet de discussions. L'état des recettes et des dépenses a été présenté à la séance de l'Assemblée législative à l'automne 2018.

1.3 Vérification des comptes

Le Régime d'assurance-santé et le Régime d'assurance-hospitalisation sont assujettis à la vérification par le Bureau du vérificateur général du Canada. Le vérificateur général du Canada agit à titre de vérificateur du gouvernement du Yukon, conformément à l'article 34 de la *Loi sur le Yukon* (Canada). Il doit vérifier annuellement les transactions et les états financiers consolidés du gouvernement du Yukon. Il doit de plus signaler à l'Assemblée législative du Yukon tout point traité dans le cadre de la vérification qui, selon lui, doit être communiqué à l'Assemblée.

De plus, concernant la Régie des hôpitaux du Yukon, le paragraphe 13(2) de la *Loi sur les hôpitaux* exige que la Régie remette un rapport de ses activités pour cet exercice au ministre dans les six mois de la fin de chacun des exercices. Le rapport doit comprendre les états financiers de la Régie et le rapport du vérificateur.



2.0 INTÉGRALITÉ

2.1 Services hospitaliers assurés

Les articles 3, 4, 5, 6 et 9 de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation* confèrent le pouvoir de fournir des services hospitaliers assurés aux résidents assurés. La *Yukon Hospital Insurance Services Ordinance*, adoptée en 1960, est entrée en vigueur le 9 avril de la même année.

Adoptée le 7 décembre 1989, la *Loi sur les hôpitaux* confère à la législature et au gouvernement la responsabilité de veiller à ce que « soient respectées les méthodes rationnelles d'exploitation et les normes appropriées applicables aux installations et aux soins ». Adopté le 11 novembre 1994, le *Règlement sur les normes applicables aux hôpitaux* définit les conditions de fonctionnement de tous les hôpitaux du territoire. Le paragraphe 4(1) prévoit la nomination par le ministre d'une ou de plusieurs personnes pour enquêter et faire rapport sur la gestion et l'administration d'un hôpital. Le paragraphe 4(2) exige que le conseil d'administration de l'hôpital établisse et maintienne un programme d'assurance de la qualité.

Depuis avril 1997, c'est le gouvernement du Yukon, plutôt que le gouvernement fédéral, qui assume la responsabilité des centres de santé dans les communautés rurales du Yukon. Le personnel de ces centres de santé est notamment composé d'une ou plusieurs infirmières, ainsi que d'employés de soutien. En l'absence de médecin, les infirmières en soins de santé primaires offrent des cliniques de jour pour les traitements médicaux, des programmes de santé communautaire et des services d'urgence 24 heures dans 11 communautés du Yukon, en plus du Centre de santé de Whitehorse, qui offre des cliniques de vaccination et des soins prénataux et postnataux.

En 2018–2019, des services assurés aux patients hospitalisés et aux patients externes ont été fournis dans 14 établissements sur tout le territoire. Ces établissements comprennent l'hôpital général de Whitehorse, l'hôpital communautaire de Watson Lake, l'hôpital communautaire de Dawson City et onze centres de communautaires.

Aux termes des paragraphes 2e) et 2f) du *Règlement sur l'assurance-hospitalisation*, les services fournis dans un hôpital agréé sont assurés. La définition de « services assurés aux patients hospitalisés » qui figure au paragraphe 2e) comprend tous les services suivants fournis aux patients hospitalisés :

- › l'hébergement et les repas en salle commune ou au niveau de service normal;
- › les services infirmiers essentiels;

- › les examens de laboratoire, radiographies et épreuves diagnostiques ainsi que l'interprétation nécessaire de leurs résultats dans le but de maintenir la santé, de prévenir la maladie ou de faciliter le diagnostic et le traitement d'un traumatisme, d'une maladie ou d'un handicap;
- › les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes indiqués à l'annexe B du Règlement, lorsqu'ils sont administrés à l'hôpital;
- › l'usage de la salle d'opération, de la salle d'accouchement et des installations d'anesthésie, y compris du matériel et des fournitures connexes; les fournitures chirurgicales courantes;
- › l'usage des installations de radiothérapie, lorsqu'elles sont disponibles;
- › l'usage des installations de physiothérapie, lorsqu'elles sont disponibles;
- › les services rendus par des personnes touchant une rémunération de l'hôpital pour ce faire.

La définition de « services assurés aux patients externes » au paragraphe 2f) du même Règlement inclut les services fournis aux patients externes pour le diagnostic ou le traitement d'urgence dans les 24 heures suivant un accident (laquelle période peut être prolongée par l'administrateur lorsque le service n'a pu être obtenu dans les 24 heures suivant l'accident), à savoir :

- › les services infirmiers essentiels;
- › les examens de laboratoire, radiographies et autres épreuves diagnostiques ainsi que l'interprétation de leurs résultats dans le but de faciliter le diagnostic et de soigner un traumatisme;
- › les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes indiqués à l'annexe B, lorsqu'ils sont administrés à l'hôpital;
- › l'usage de la salle d'opération et des installations d'anesthésie, y compris du matériel et des fournitures connexes; les fournitures chirurgicales habituelles;
- › l'usage des installations de radiothérapie, lorsqu'elles sont disponibles; l'usage des installations de physiothérapie, lorsqu'elles sont disponibles.

Conformément au *Règlement sur l'assurance-hospitalisation*, tous les services offerts dans un hôpital agréé aux patients hospitalisés et aux patients externes par les employés de l'établissement sont des services assurés. Les soins infirmiers, les produits pharmaceutiques, les fournitures et les services de diagnostic et de chirurgie courants sont offerts. Tout nouveau programme ou toute amélioration ayant d'importantes répercussions financières, de même que les réductions de services ou de programmes doivent être approuvées au préalable par le ministre de la Santé et des Affaires sociales. Ce processus est géré par le directeur des Services de santé assurés et de santé auditive. Pour les questions concernant les changements de niveau de service, des membres du conseil d'administration de l'hôpital représentent le public.

2.2 Services médicaux assurés

Les services médicaux assurés au Yukon sont les services médicalement nécessaires rendus par un médecin. Les articles 1 à 8 de la *Loi sur l'assurance-santé* et les articles 2, 3, 7, 10 et 13 du *Règlement sur le Régime d'assurance-santé* prévoient la prestation de services médicaux assurés.

Le Régime d'assurance-santé du Yukon couvre les services médicalement nécessaires fournis par des médecins. Pour y participer, le médecin doit satisfaire aux exigences suivantes :

- › s'inscrire au registre médical pour obtenir une licence conformément à la *Loi sur les professions de la santé*;
- › conserver sa licence, conformément à la *Loi sur les professions de la santé*.

En 2018–2019, 82 médecins participaient au Régime d'assurance-santé du Yukon. À ces derniers se sont ajoutés des médecins suppléants itinérants qui dispensent des soins à travers le Yukon.

L'article 7 du *Règlement sur le Régime d'assurance-santé* du Yukon couvre le paiement des services médicaux. Aux termes du paragraphe 4, les médecins peuvent prendre des dispositions pour facturer les services assurés sur une base autre que la rémunération à l'acte. Ils doivent à cette fin remettre un avis écrit au directeur des Services de santé assurés et de santé auditive. En 2018–2019, les médecins ont été rémunérés selon le principe de la rémunération à l'acte et selon d'autres modes de rémunération.

Un comité gère le processus d'ajout au barème des honoraires (*Payment Schedule*) du Yukon. Selon ce processus, les médecins doivent présenter une demande par écrit au comité de liaison de l'Association médicale du Yukon et du Régime d'assurance-santé du Yukon. Le comité examine la demande, puis une décision est prise quant à l'ajout ou non du service. En général, les honoraires dûs sont habituellement établis d'après ceux similaires des autres provinces ou territoires. Une fois que la valeur de la rémunération à l'acte a été déterminée, tous les médecins du Yukon sont avisés du service et des honoraires applicables. 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 protocole d'entente (PE) actuel avec l'Association médicale du Yukon met l'accent sur les soins axés sur la collaboration, assure un meilleur accès pour les patients et vise la création d'équipes multidisciplinaires impliquant une meilleure intégration du personnel infirmier praticien dans le système de soins. Le PE actuel de cinq ans avec l'Association médicale du Yukon prendra fin le 31 mars 2022.

2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

Les dentistes qui fournissent des services de chirurgie dentaire assurés par le Régime d'assurance-santé du Yukon doivent être titulaires d'une licence délivrée en vertu de la *Loi sur les professions dentaires*. Pour facturer, ils reçoivent un numéro de facturation au Régime d'assurance-santé du Yukon pour la prestation de services dentaires assurés. Les services fournis à l'extérieur du territoire sont également facturés directement au régime.

Les services dentaires assurés se limitent aux actes de chirurgie dentaire inscrits à l'annexe B du *Règlement sur le Régime d'assurance-santé*. Les interventions doivent être pratiquées en milieu hospitalier.

Un décret modifiant l'annexe B du *Règlement sur le Régime d'assurance-santé* concernant les services d'assurance-santé est requis pour qu'un service soit ajouté à la liste des services dentaires assurés ou en soit retiré. Les décisions à cet égard sont prises en fonction de la nécessité de fournir le service dans un hôpital et d'utiliser l'anesthésie générale.

2.4 Services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

Seuls les services prescrits et fournis conformément à la *Loi sur l'assurance-santé* et à son Règlement ainsi qu'à la *Loi sur l'assurance-hospitalisation* et à son Règlement sont assurés. Aucun autre service n'est couvert.

Les services hospitaliers non assurés comprennent :

- › l'hospitalisation des non-résidents;
- › les services infirmiers spéciaux ou privés retenus par le patient ou la famille du patient;
- › le supplément pour une chambre privée ou semi-privée, lorsque celle-ci n'est pas médicalement nécessaire; les béquilles et autres dispositifs semblables;
- › les coûts d'une maison de soins infirmiers; les téléviseurs;
- › les téléphones; les médicaments et les produits biologiques nécessaires après un congé de l'hôpital. (Ces services ne sont pas fournis par l'hôpital.)

L'article 3 du *Règlement sur le Régime d'assurance-santé* du Yukon établit une liste des services non assurés. Les services médicaux non assurés comprennent :

- › les conseils donnés au téléphone;
- › les services de médecine légale;
- › les témoignages en cour;
- › la préparation des dossiers, des rapports, des certificats et des communications;
- › les services ou examens réclamés par un tiers;
- › les services, examens ou rapports pour étudier dans une université ou aller dans un camp;
- › l'examen ou l'immunisation pour un voyage, un emploi ou l'émigration;
- › les cosmétiques;
- › les services qui ne sont pas médicalement nécessaires;
- › la remise ou la rédaction d'ordonnances;
- › la fourniture de médicaments; les soins dentaires, à l'exception des interventions mentionnées à l'annexe B;
- › les interventions expérimentales.



Les médecins du Yukon peuvent facturer directement aux patients les services de santé non assurés. Des honoraires forfaitaires ne sont pas actuellement demandés, mais certains médecins facturent en fonction du service. Les services facturables comprennent, entre autres :

- › la consignation de renseignements dans les formulaires de demande d'emploi;
- › la préparation de rapports médicaux juridiques;
- › le transfert de dossiers;
- › les examens réclamés par des tiers;
- › certains services non urgents;
- › les prescriptions, les consultations et les conseils donnés au téléphone.

Le paiement n'a aucune incidence sur l'accès des patients aux services puisque les cliniques et les médecins ne facturent pas tous ces services et que d'autres agences ou les employeurs peuvent couvrir ces coûts.

Les services dentaires non assurés comprennent les actes réputés restaurateurs ainsi que les actes qui ne sont pas exécutés dans un hôpital et qui ne nécessitent pas une anesthésie générale.

Tous les résidents du Yukon jouissent de l'égalité d'accès aux services. Les tiers, comme les assureurs privés et la Commission de la santé et de la sécurité au travail, n'ont pas accès en priorité aux services en versant un supplément. L'achat de services ou de fournitures non assurés, comme les plâtres en fibre de verre, ne retarde ou ne compromet en rien l'accès aux services assurés. Les assurés sont informés de leurs options de traitement lorsqu'ils reçoivent le service.

Le Yukon n'a aucun processus officiel de surveillance de la conformité; toutefois, les commentaires des médecins, des administrateurs d'hôpitaux, des professionnels de la santé et du personnel permettent au directeur des Services de santé assurés et de santé auditive d'exercer une surveillance en cas de préoccupations relatives à l'utilisation ou aux services.

Le processus utilisé pour désassurer un service couvert par le Régime d'assurance-santé du Yukon est le suivant :

Services médicaux : Le comité de liaison de l'Association médicale du Yukon et du Régime d'assurance-santé du Yukon examine les modifications à apporter au barème des honoraires du Yukon, dont celles qui découlent de la décision de désassurer certains services. Cette décision est prise en collaboration avec le conseiller médical du Yukon et est fondée sur l'existence de preuves médicales que le service n'est pas médicalement nécessaire, qu'il est inefficace ou qu'il pourrait présenter un risque pour la santé des patients. Une fois la décision prise de désassurer un service, tous les médecins en sont avisés par écrit.

Services hospitaliers : Les paragraphes 2e) et 2f) du *Règlement sur l'assurance hospitalisation* du Yukon doivent être modifiés par décret. En date du 31 mars 2019, aucun service hospitalier aux patients hospitalisés ou externes prévu au Règlement n'avait été désassuré.

Services de chirurgie dentaire : L'annexe B du *Règlement sur le Régime d'assurance-santé* doit être modifiée par décret. Un service peut être désassuré s'il n'est plus jugé médicalement nécessaire ou si l'intervention n'a plus à être pratiquée sous anesthésie générale dans un hôpital. Le directeur des Services de santé assurés et de santé auditive gère ce processus. Aucun service de chirurgie dentaire n'a été désassuré en 2018–2019.



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 », soit « personne légalement autorisée à être ou à rester au Canada, qui est domiciliée et qui réside habituellement au Yukon, à l'exception d'une personne faisant du tourisme, de passage, d'étudiant étranger ou en visite », correspond à celle d'« habitant » de la *Loi canadienne sur la santé*. Selon les paragraphes 4(1) du *Règlement sur le Régime d'assurance-santé* et du *Règlement sur l'assurance-hospitalisation* du Yukon, « un assuré est admissible aux services assurés et y a droit après minuit, le dernier jour du second mois suivant son arrivée au Yukon ». Toute personne qui retourne au Yukon ou y établit sa résidence est assujettie à la période d'attente, à l'exception des enfants adoptés par des assurés et des nouveau-nés. Les personnes suivantes ne sont pas admissibles à la couverture du régime au Yukon :

- › les personnes qui ont droit à des prestations dans leur province ou territoire d'origine (p. ex. les étudiants et les travailleurs couverts aux termes des dispositions concernant les absences temporaires);
- › les personnes en visite au Yukon;
- › les demandeurs du statut de réfugié;
- › les réfugiés au sens de la Convention;
- › les détenus des pénitenciers fédéraux;
- › les détenteurs de permis d'étude, sauf s'il s'agit d'un enfant qui est à la charge d'une personne possédant un permis de travail d'un an;
- › les personnes ayant un permis de travail valide pour moins d'un an.

Ces personnes peuvent devenir admissibles dans l'une ou l'autre des situations suivantes :

- › elles fournissent une preuve de résidence au Yukon;
- › elles obtiennent le statut de résident permanent;
- › pour les détenus du Centre correctionnel de Whitehorse, le lendemain du jour où ils obtiennent leur congé ou leur libération s'ils sont en poste au Yukon ou y habitent.

En date du 31 mars 2019, 41 412 personnes étaient inscrites au Régime d'assurance-santé du Yukon.

3.2 Autres catégories de personnes

Le Régime d'assurance-santé du Yukon prévoit la couverture d'autres catégories de personnes, comme suit :

Canadiens de retour au pays – une période d'attente s'applique;

Résidents permanents – une période d'attente s'applique;

Détenteurs de permis ministériel – une période d'attente s'applique lorsque l'autorisation est donnée;

Travailleurs étrangers – une période d'attente s'applique, à condition de détenir une autorisation d'emploi;

Membres du clergé – une période d'attente s'applique, à condition de détenir une autorisation d'emploi.



4.0 TRANSFÉRABILITÉ

4.1 Période d'attente minimale

S'il y a lieu, l'admissibilité de toutes les personnes est gérée conformément à l'Accord interprovincial sur l'admissibilité et la transférabilité. Aux termes du paragraphe 4(1) des deux règlements « un assuré est admissible aux services assurés et y a droit après minuit, le dernier jour du second mois suivant son arrivée au Yukon ». Toutes les personnes admissibles sont assujetties à la période d'attente minimum, à l'exception des enfants adoptés par des assurés (voir la section 3.1) et des nouveau-nés.

4.2 Couverture durant des absences temporaires au Canada

Les articles 5, 6, 7 et 10 du *Règlement sur le Régime d'assurance-santé* du Yukon ainsi que l'article 6, les paragraphes 7(1) et 7(2) et l'article 9 du *Règlement sur l'assurance-hospitalisation* du Yukon renferment les dispositions concernant la transférabilité de l'assurance-santé durant une absence temporaire au Canada.

Ces deux règlements stipulent que l'assuré qui quitte le Yukon, mais a l'intention d'y revenir, a droit aux services assurés pour une période de 12 mois d'absence continue. Les personnes qui quittent le Yukon pour plus de six mois doivent communiquer avec la direction des services de santé assurés et remplir un formulaire « d'absence temporaire », sinon leur couverture pourrait être annulée.

Les étudiants qui fréquentent, à temps plein, un établissement d'enseignement situé à l'extérieur du Yukon demeurent admissibles à l'assurance-santé pendant la durée de leurs études. Le directeur des Services de santé assurés et de santé auditive peut autoriser d'autres absences de plus de 12 mois consécutifs sur présentation d'une demande écrite de l'assuré. Les demandes de prolongation doivent être renouvelées chaque année et recevoir l'approbation du directeur.

Concernant les travailleurs temporaires et les missionnaires, le directeur des Services de santé assurés et de santé auditive peut autoriser des absences de plus de 12 mois consécutifs sur présentation d'une demande écrite par l'assuré. Les demandes de prolongation doivent être renouvelées chaque année et recevoir l'approbation du directeur.

Les dispositions concernant la couverture durant des absences temporaires au Canada sont strictement conformes aux modalités de l'Accord interprovincial sur l'admissibilité et la transférabilité, en vigueur depuis le 1^{er} février 2001. Les définitions dans les règlements, les politiques et les procédures sont uniformisées.

Le Yukon adhère complètement aux ententes interprovinciales sur la facturation réciproque des services médicaux et hospitaliers, conclues avec les provinces et les autres territoires, à l'exception du Québec, qui ne participe pas aux ententes de facturation réciproque des services médicaux. Les personnes qui reçoivent des services médicaux (d'un médecin) au Québec peuvent devoir payer directement les honoraires et présenter une demande de remboursement au Régime d'assurance-santé du Yukon.

Les ententes de facturation réciproque des services hospitaliers prévoient le paiement des services hospitaliers aux patients hospitalisés ou externes fournis ailleurs au Canada à des 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 tarifs établis par cette province ou ce territoire.

Les services assurés fournis aux résidents du Yukon pendant une absence temporaire du territoire sont payés aux tarifs fixés par la province d'accueil.

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

Les articles 5, 6, 7, 9, 10 et 11 du *Règlement sur le Régime d'assurance-santé* du Yukon ainsi que l'article 6, les paragraphes 7(1) et 7(2) et l'article 9 du *Règlement sur l'assurance-hospitalisation* du Yukon renferment les dispositions concernant la transférabilité de l'assurance-santé pendant des absences temporaires à l'étranger.

Aux termes des articles 5 et 6, l'assuré qui quitte le Yukon, mais a l'intention d'y revenir a droit aux services assurés pour une période de 12 mois d'absence continue.

Les personnes qui quittent le Yukon pour une période de plus de six mois doivent communiquer avec le Régime d'assurance-santé du Yukon et remplir un formulaire « d'absence temporaire », sinon leur couverture pourrait être annulée.

Les dispositions concernant la transférabilité de l'assurance-santé durant des absences à l'étranger d'étudiants, de travailleurs temporaires et de missionnaires sont les mêmes que celles qui sont en vigueur pour les absences au Canada (voir la section 4.2 du présent rapport).

Les services médicaux assurés fournis à l'étranger aux résidents admissibles du Yukon durant une absence temporaire à l'étranger sont remboursés aux tarifs prévus pour ces services lorsqu'ils sont fournis au Yukon. Le Régime d'assurance-santé verse le paiement à l'assuré ou directement au fournisseur du service assuré.

Les services hospitaliers aux patients hospitalisés fournis à l'étranger aux résidents admissibles du Yukon sont payés aux tarifs établis pour l'hôpital général de Whitehorse dans le *Règlement sur le tarif normalisé pour un traitement en clinique*. En 2018–2019, le tarif d'hospitalisation a été établi à 2 010 \$ par jour à l'hôpital général de Whitehorse, à 1 788 \$ par jour à l'hôpital communautaire de Lake Watson et à 1 724 \$ par jour à l'hôpital communautaire de Dawson City. Ces tarifs sont établis annuellement par le Comité de coordination des ententes interprovinciales en assurance-santé (CCEIAS).

Les services assurés de consultation externe fournis à l'extérieur du Canada aux résidents admissibles du Yukon sont remboursés au tarif établi par le CCEIAS.

4.4 Nécessité d'une approbation préalable

Aucune disposition législative n'oblige les résidents admissibles à obtenir une autorisation avant de recevoir des services médicaux ou hospitaliers d'urgence ou facultatifs à l'extérieur du Yukon ou du Canada.

Les participants au régime ayant reçu des traitements à l'extérieur du Yukon ou du Canada ne pourront se faire rembourser que les montants prévus aux articles 4.2 et 4.3.

L'autorisation préalable du directeur des Services de santé assurés est nécessaire pour que des services reçus à l'extérieur du Canada soient remboursés en totalité.



5.0 ACCESSIBILITÉ

5.1 Accès aux services de santé assurés

Le Régime d'assurance-santé du Yukon ne prévoit pas de frais d'utilisation ni de frais modérateurs. Tous les services sont offerts selon des modalités uniformes sans obstacle financier ou autre obstacle à l'accès. Aucun service assuré au titre du Régime d'assurance-santé du Yukon ne fait l'objet d'une surfacturation.

Si un patient a une plainte relative aux services médicaux, y compris la surfacturation ou les frais modérateurs, il doit communiquer avec le Yukon Medical Council (YMC).

Le site Web du YMC vous renseigne sur le processus de plainte. Le site Web, en anglais seulement, est le suivant : www.yukonmedicalcouncil.ca/complaint_process.html

Vous pouvez joindre le YMC en téléphonant au 867-667-3774 ou en envoyant un courriel à l'adresse suivante : ymc@gov.yk.ca

L'accès aux services hospitaliers ou médicaux qui ne sont pas offerts localement est fourni dans le cadre du programme de spécialistes itinérants, du programme de télésanté ou du programme

sur les déplacements pour soins médicaux. Ces programmes permettent de s'assurer que les services médicalement nécessaires sont reçus immédiatement ou dans un très court délai.

Pour améliorer l'accès aux services de santé assurés, le Ministère a continué d'augmenter le nombre de spécialistes résidants sur place ou itinérants œuvrant au Yukon afin de mieux servir les Yukonnais.

De plus, les prestations de santé complémentaires offertes par les Services de santé assurés et de santé auditive aux résidents admissibles du Yukon sont les suivantes : programme sur les déplacements pour soins médicaux; programme d'assurance-médicaments et de soins ophtalmologiques pour les enfants; programme d'aide aux malades chroniques et aux personnes souffrant d'une incapacité; programme d'assurance-médicaments, programme d'assurance-santé complémentaire et programme de services de santé auditive.

La Régie des hôpitaux du Yukon exploite les trois hôpitaux du territoire, soit l'hôpital général de Whitehorse (WGH), l'hôpital communautaire de Watson Lake et l'hôpital communautaire de Dawson City.

5.2 Rémunération des médecins

Le ministère de la Santé et des Affaires sociales obtient son mandat de négociier du gouvernement du Yukon avant de négocier avec l'Association médicale du Yukon (AMY). Les deux parties nomment des représentants pour former l'équipe de négociation. Des réunions ont lieu jusqu'à ce que les parties arrivent à un accord. L'équipe de négociation de l'AMY demande alors aux membres de l'Association d'approuver le projet d'entente. Pour sa part, le Ministère demande au gouvernement du Yukon de ratifier l'entente. L'entente finale est signée avec l'assentiment des deux parties.

La *Loi sur l'assurance-santé* et le *Règlement sur le Régime d'assurance-santé* du Yukon régissent le paiement des services médicaux et dentaires assurés.

La majeure partie des services médicaux assurés fournis aux résidents sont remboursés selon le mode de la rémunération à l'acte. Les autres systèmes de remboursement comprennent les autres modes de rémunération qui sont principalement utilisés pour les services de spécialistes à Whitehorse ainsi que les services médicaux dans les communautés rurales.

5.3 Paiements aux hôpitaux

Le gouvernement du Yukon finance la Régie des hôpitaux du Yukon (l'hôpital général de Whitehorse, l'hôpital communautaire de Watson Lake et l'hôpital communautaire de Dawson City) dans le cadre d'accords de contribution conclus avec le ministère de la Santé et des Affaires sociales. Les niveaux de financement globaux des frais de fonctionnement et d'entretien (F et E) et des immobilisations font l'objet de négociations et sont établis en fonction des besoins opérationnels. En plus des crédits établis de F et E et d'immobilisations prévus dans l'accord, les hôpitaux peuvent présenter des demandes de financement supplémentaire pour mettre en œuvre des programmes nouveaux ou améliorés.

La *Loi sur l'assurance-hospitalisation* et le *Règlement sur l'assurance-hospitalisation* du Yukon régissent les paiements versés par le Régime d'assurance-santé aux établissements qui offrent des services hospitaliers assurés. Ces textes législatifs établissent le cadre qui régit le versement de paiements à l'égard des services assurés fournis par ces hôpitaux aux assurés.



6.0 RECONNAISSANCE ACCORDÉE AUX TRANSFERTS FÉDÉRAUX

Le gouvernement du Yukon a fait état des contributions fédérales au moyen du Transfert canadien en matière de santé (TCS) dans ses publications annuelles des Comptes publics et du Budget principal des dépenses de 2018–2019, accessibles au public. Les alinéas 3(1)d) et e) de la *Loi sur l'assurance-santé* et l'article 3 de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation* reconnaissent la contribution du gouvernement du Canada.

PERSONNES INSCRITES

Année	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
1. Nombre en date du 31 mars	37 970	38 736	39 960	40 726	41 412

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE

ÉTABLISSEMENTS PUBLICS¹

Année	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
2. Nombre ¹	14	14	14	14	14
3. Paiements pour des services de santé assurés (\$)²	76 130 488	96 850 809	98 671 448	95 464 882	79 548 179

ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS À BUT LUCRATIF

Année	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
4. Nombre d'établissements privés à but lucratif offrant des services de santé assurés	0	0	0	0	0
5. Paiements aux établissements privés à but lucratif pour des services de santé assurés (\$)	0	0	0	0	0

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS AUX RÉSIDENTS DANS UNE AUTRE PROVINCE OU UN AUTRE TERRITOIRE²

Année	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
6. Nombre total de demandes, patients hospitalisés	1 179	1 235	1 218	1 220	1 236
7. Total des paiements, patients hospitalisés (\$)	16 712 463	17 865 677	18 981 947	18 611 146	18 687 516
8. Nombre total de demandes, patients externes	15 474	14 513	14 785	15 554	15 856
9. Total des paiements, patients externes (\$)	5 012 218	4 851 075	5 429 919	5 615 333	5 786 856

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA³

PRÉ-APPROUVÉS

Année	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
10. Nombre total de demandes, patients hospitalisés	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
11. Total des paiements, patients hospitalisés (\$)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
12. Nombre total de demandes, patients externes	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
13. Total des paiements, patients externes (\$)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible

¹ Les établissements publics sont les 11 centres de santé (Beaver Creek, Carcross, Carmacks, Destruction Bay, Faro, Haines Junction, Mayo, Old Crow, Pelly Crossing, Ross River et Teslin) et 3 hôpitaux (Whitehorse, Dawson City et Watson Lake). Comme Whitehorse, Dawson City et Watson Lake ont toutes des hôpitaux, les centres de santé de ces collectivités sont classés comme des bureaux de santé publique.

² Les hôpitaux disposent d'un an à partir de la date de service pour facturer les PT (l'information est basée sur la date de service; par conséquent, la période de facturation 2018-2019 reste ouverte jusqu'au 31 mars 2020).

³ Le Yukon ne dispose pas d'une méthode électronique de saisie des demandes préapprouvées par rapport aux demandes non préapprouvées. Les totaux sont indiqués comme des demandes non pré-approuvées.

NON PRÉ-APPROUVÉS

Année	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
14. Nombre total de demandes, patients hospitalisés	14	23	18	10	19
15. Total des paiements, patients hospitalisés (\$)	61 150	62 040	164 673	82 088	136 430
16. Nombre total de demandes, patients externes	70	48	42	58	56
17. Total des paiements, patients externes (\$)	17 579	12 646	13 482	16 590	18 166

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE

Année	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
18. Nombre de médecins participants ³	72	72	78	77	80
19. Nombre de médecins ayant opté pour le retrait du régime d'assurance-santé	0	0	0	0	0
20. Nombre de médecins non participants	0	0	0	0	0
21. Total des paiements des services médicaux rémunérés pour l'ensemble des méthodes de paiement (\$)	26 400 493	27 753 925	29 654 509	30 764 362	32 836 649
22. Total des paiements des services médicaux rémunérés à l'acte (\$)	19 358 977	19 851 219	20 625 637	21 013 041	22 675 907

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS AUX RÉSIDENTS DANS UNE AUTRE PROVINCE OU UN AUTRE TERRITOIRE⁴

Année	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
23. Nombre de services	61 731	62 027	52 766	55 902	56 302
24. Total des paiements (\$)	3 772 478	3 954 752	4 018 173	4 422 905	4 333 394

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA

PRÉ-APPROUVÉS

Année	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
25. Nombre de services	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
26. Total des paiements (\$)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible

NON PRÉ-APPROUVÉS

Année	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
27. Nombre de services	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
28. Total des paiements (\$)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible

⁴ Aucun service de chirurgie dentaire assuré au Yukon.

SERVICES DE CHIRURGIE DENTAIRE ASSURÉS FOURNIS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE⁴

Année	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
29. Nombre de dentistes participants	0	0	0	0	0
30. Nombre de dentistes ayant opté pour le retrait du régime d'assurance-santé	0	0	0	0	0
31. Nombre de dentistes non participants	0	0	0	0	0
32. Nombre de services fournis	0	0	0	0	0
33. Total des paiements (\$)	0	0	0	0	0

TERRITOIRES DU NORD-OUEST



Durant la période couverte par le rapport, le ministère de la Santé et des Services sociaux (le Ministère) a travaillé avec les Administrations des services de santé et des services sociaux (ASSSS) afin de gérer et de fournir des services assurés dans les Territoires du Nord-Ouest.

Au cours de l'exercice 2018–2019, le Ministère a réalisé les activités législatives suivantes relatives aux services de soins de santé :

- › La rédaction des règlements en vertu de la *Loi sur les professions des services sociaux et de santé* s'est poursuivie. La Loi permettra la réglementation, sous un modèle législatif unique, de plusieurs professions des services sociaux et de santé. Cela permettra de moderniser la législation existante pour une plus grande efficacité et une plus grande cohérence.
- › La nouvelle *Loi sur la santé mentale* est entrée en vigueur le 1^{er} septembre 2018. La Loi prévoit un cadre législatif plus moderne qui s'apparente à la législation à travers le Canada.



1.0 GESTION PUBLIQUE

1.1 Régime d'assurance-santé et autorité publique

Le Régime d'assurance-santé des Territoires du Nord-Ouest (T.N.-O.) comprend le Régime d'assurance-maladie des T.N.-O. et le Régime d'assurance-hospitalisation des T.N.-O.

L'autorité publique chargée de gérer le Régime d'assurance-maladie des T.N.-O. est le directeur de l'assurance-maladie, nommé par le ministre de la Santé et des Services sociaux (le ministre) en vertu de la Loi sur l'assurance-maladie. Le ministre établit l'Administration des services de santé et des services sociaux des Territoires du Nord-Ouest et les conseils d'administration des ASSSS conformément à la Loi sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des services de santé et des services sociaux afin, notamment, de gérer le plan d'assurance-hospitalisation.

1.2 Liens hiérarchiques

Durant la période couverte par le rapport, il existait trois Administrations des services de santé et des services sociaux (ASSSS) : l'Administration des services de santé et des services sociaux des Territoires du Nord-Ouest (Administration territoriale), l'Administration des services de santé et des services sociaux de Hay River et l'Agence de services communautaires Tłı̄chǫ (ASCT).

Les affaires de l'Administration territoriale sont dirigées par un conseil d'administration territorial.

Six conseils régionaux du mieux-être donnent des avis au conseil d'administration territorial, qui est composé des présidents des conseils régionaux du mieux-être et des présidents de l'ASCT et de l'Administration des services de santé et des services sociaux de Hay River. Le conseil d'administration territorial ainsi que les autres conseils d'administration relèvent du ministre.

L'Administration territoriale et les autres conseils d'administration sont responsables de la prestation des services de santé et des services sociaux ainsi que de la gestion, du contrôle et de l'exploitation des établissements et des services dans l'ensemble des Territoires du Nord-Ouest. En vertu de la loi, l'Administration territoriale et les conseils d'administration sont tenus de respecter le plan territorial établi par le ministre.

Le ministre nomme le directeur de l'assurance-maladie qui est chargé d'appliquer la *Loi sur l'assurance-maladie* et son Règlement. Le directeur doit lui présenter un rapport annuel sur le fonctionnement du Régime d'assurance-maladie des T.N.-O. Ce rapport se trouve dans le Rapport annuel du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Le ministre nomme le président de l'Administration territoriale ainsi que le président et les membres de chaque conseil régional du mieux-être. Le ministre nomme également le président et les membres de l'ASSSS de Hay River. Les présidents et les membres des conseils régionaux du mieux-être peuvent exercer leurs fonctions pendant trois ans et être nommés de nouveau pour un autre mandat.

Le ministre peut nommer un administrateur public pour assumer le rôle du conseil d'administration dans certaines circonstances si le ministre juge que cela est nécessaire. Au moment du rapport, un administrateur public est en place pour l'ASSSS de Hay River et se substitue au conseil d'administration.

L'ASCT a été établie en vertu de la *Loi sur l'Agence de services communautaires Tłı̨chǫ* dans le cadre de l'Accord sur les revendications territoriales et l'autonomie gouvernementale du peuple Tłı̨chǫ. La Loi prévoit un processus différent pour la nomination des membres du conseil d'administration et fixe le mandat des membres à un maximum de quatre ans, le mandat du président étant fixé par le ministre de l'Exécutif et des Affaires autochtones (EAA), qui est le ministre responsable de l'application de la Loi. Chaque gouvernement communautaire Tłı̨chǫ est responsable de la nomination d'un membre du conseil d'administration et le ministre de l'EAA est responsable de la nomination du président à la suite d'une consultation avec les membres du conseil. La Loi stipule que l'ASCT a tous les pouvoirs et fonctions d'un conseil d'administration en vertu de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des services de santé et des services sociaux.

1.3 Vérification des comptes

Dans le cadre de la vérification annuelle du gouvernement des Territoires du Nord-Ouest, le Bureau du vérificateur général du Canada vérifie les paiements effectués au titre du Régime d'assurance-hospitalisation des T.N.-O. et du Régime d'assurance-maladie des T.N.-O.



2.0 INTÉGRALITÉ

2.1 Services hospitaliers assurés

Les services hospitaliers assurés aux T.N.-O. sont fournis en vertu de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des services de santé et des services sociaux.

Durant la période couverte par le rapport, les services hospitaliers assurés étaient fournis aux patients hospitalisés et externes par 23 centres de santé dans l'ensemble des T.N.-O. Conformément à l'article 9 de la *Loi canadienne sur la santé*, les T.N.-O. offrent une liste complète de services assurés à ses habitants (résidents).

Les services suivants sont offerts aux patients hospitalisés :

- › l'hébergement et les repas en salle commune standard ou publique;
- › les services infirmiers nécessaires;
- › les actes de laboratoire, de radiologie et autres actes diagnostiques (ainsi que les interprétations nécessaires);
- › les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes administrés dans un hôpital;
- › les fournitures pour les interventions chirurgicales courantes et l'usage des salles d'opération;
- › les salles d'accouchement et les installations d'anesthésie;
- › les services de radiologie et de réadaptation (physiothérapie, thérapie par le son, ergothérapie et orthophonie);
- › les services de psychiatrie et de psychologie fournis dans le cadre d'un programme agréé;
- › les services fournis par un centre de désintoxication approuvé.

Les services hospitaliers suivants sont offerts aux patients externes :

- › les analyses de laboratoire;
- › l'imagerie diagnostique (y compris les interprétations quand cela est nécessaire);
- › les services de physiothérapie, d'orthophonie, d'ergothérapie et d'audiologie;
- › les interventions médicales et chirurgicales mineures et les fournitures connexes;
- › les services de psychiatrie et de psychologie fournis dans le cadre d'un programme hospitalier approuvé.

Le ministre de la Santé et des Services sociaux (le ministre) peut approuver l'ajout ou le retrait de services assurés offerts dans les T.N.O.

Comme le décrit la politique de déplacement à des fins médicales du gouvernement des T.N.O., une aide au déplacement est offerte aux résidents détenant une carte santé valide des T.N.O. qui ont besoin de services assurés médicalement nécessaires qui ne sont pas offerts dans leur communauté ou ailleurs dans les T.N.O. Cette politique garantit aux résidents des T.N.O. un accès raisonnable aux services hospitaliers et médicaux assurés.

2.2 Services médicaux assurés

La *Loi sur l'assurance-maladie* et le Règlement sur l'assurance-maladie des T.N.-O. prévoient la prestation de services médicaux assurés. Les services médicalement nécessaires fournis par des médecins, du personnel infirmier, du personnel infirmier praticien et des sages-femmes dans des établissements approuvés sont des services assurés dans le cadre du Régime d'assurance-santé des T.N.-O. Ces professionnels doivent avoir l'autorisation de pratiquer dans les T.N.-O. en vertu de la *Loi sur les médecins*, de la *Loi sur la profession infirmière* (infirmières et infirmières praticiennes) ou de la *Loi sur la profession de sage-femme* (sages-femmes autorisées).

Pour la période de 2018-2019, il y avait 370 médecins autorisés (médecins résidents, médecins suppléants et médecins itinérants) actifs dans les T.N.O.

Un médecin peut se retirer du Régime d'assurance-maladie des T.N.-O. et se faire payer autrement à condition d'en aviser par écrit le directeur de l'assurance-maladie. Aucun médecin n'a fait ce choix dans les T.N.O. au cours de la période visée par le rapport.

Le Régime d'assurance-maladie des T.N.-O. assure tous les services médicalement nécessaires, c'est-à-dire :

- › les services diagnostiques et de traitement de maladies et de blessures;
- › les services chirurgicaux, y compris les services d'anesthésie;
- › les soins obstétricaux; y compris les soins prénataux et postnatals;
- › les examens de la vue, les traitements et les chirurgies effectués par un ophtalmologiste.

Le directeur de l'assurance-maladie recommande au ministre les tarifs des services assurés pour les services payés par le Régime d'assurance-maladie des T.N.-O. Il incombe au ministre d'approuver ces tarifs et de modifier, d'ajouter ou de retirer des services médicaux assurés en :

- › établissant un Régime d'assurance-maladie qui offre des services assurés aux personnes assurées par des médecins, qui en tous points seront admissibles et permettront aux T.N.O. de recevoir des paiements de transfert du gouvernement du Canada en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*;
- › approuvant les honoraires et les frais détaillés dans le tarif qui peuvent être payés pour les services assurés fournis par des médecins des T.N.O., ainsi que les conditions de paiement des honoraires et des frais.

2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

Les chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux autorisés peuvent présenter des demandes de paiement pour des services de chirurgie dentaire assurés exécutés dans les T.N.O. Les T.N.O. utilisent comme guide le barème de l'Alberta pour les services de chirurgie buccale et maxillo-faciale.

Les dentistes ne peuvent participer au Régime d'assurance-maladie des T.N.O.

2.4 Services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

Le Régime d'assurance-santé des T.N.O. ne couvre pas tous les services fournis par les hôpitaux, les médecins et les dentistes. En voici des exemples :

- › la fécondation in vitro;
- › les examens effectués par des tiers;
- › les services dentaires autres que les services de chirurgie;
- › les services médicoolégaux;
- › les consultations téléphoniques ou les ordonnances fournies par téléphone;
- › les services fournis par un médecin aux membres de sa famille;
- › les services fournis par des personnes qui ne sont pas médecins, comme des ostéopathes, des naturopathes ou des chiropraticiens. Les services de physiothérapie, de psychiatrie et de psychologie fournis ailleurs que dans un lieu approuvé ne sont pas couverts.

Les résidents des T.N.O. doivent obtenir une approbation préalable pour recevoir des articles ou des services qui généralement ne sont pas assurés par le Régime d'assurance-santé des T.N.O. Un conseiller médical fait des recommandations au directeur de l'assurance-maladie concernant la pertinence de la demande.

Plusieurs politiques de la Commission de la sécurité au travail et de l'indemnisation des travailleurs s'appliquent à l'interprétation des lois sur l'indemnisation des travailleurs. Ces politiques se trouvent sur le [site de la Commission de la sécurité et de l'indemnisation des travailleurs](#).

Le ministre peut modifier la liste des services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés.



3.0 UNIVERSALITÉ

3.1 Admissibilité

La Loi sur l'assurance-maladie et la Loi sur l'assurance hospitalisation et l'administration des services de santé et des services sociaux définissent l'admissibilité au Régime d'assurance-santé des Territoires du Nord-Ouest (T.N.-O.) Les T.N.-O. utilisent des lignes directrices, conformément à la législation et à l'Accord interprovincial sur l'admissibilité et la transférabilité, pour déterminer l'admissibilité et respecter leurs obligations de l'article 10 de la Loi canadienne sur la Santé.

Le premier jour du troisième mois suivant l'obtention de son statut de résident, chaque résident est admissible et a droit au paiement de prestations à l'égard des services assurés qui lui ont été rendus conformément à la *Loi sur l'assurance-maladie* et son Règlement.

La *Loi sur l'assurance-maladie* définit un « résident » ainsi : À l'exclusion des touristes, des personnes de passage dans les territoires et des visiteurs aux T.N.-O., toute personne que la loi autorise à être ou à rester au Canada, qui demeure et est ordinairement présente dans les T.N.-O.

Pour s'inscrire au Régime d'assurance-santé des T.N.-O., les résidents doivent remplir un formulaire de demande et fournir les documents justificatifs pertinents (p. ex. visa, documents d'immigration et preuve de résidence). Les résidents peuvent s'inscrire avant la date à laquelle ils deviennent admissibles. L'inscription est directement liée à l'admissibilité, et seules les demandes de remboursement des clients inscrits sont acceptées.

La couverture commence lorsqu'une demande signée a été approuvée.

Les résidents peuvent se retirer du Régime d'assurance-santé des T.N.-O. s'ils décident de ne pas s'y inscrire. Rien dans la *Loi sur l'assurance-maladie* n'oblige un résident à s'inscrire au Régime d'assurance-santé des T.N.-O.

Le Régime d'assurance-santé des T.N.O. exclut les membres des Forces canadiennes, les détenus des pénitenciers fédéraux et les résidents dont la période d'attente minimum n'est pas écoulée. Pour les personnes qui reviennent au Canada, la couverture prend effet le jour où la résidence permanente est établie.

Si une demande de carte d'assurance-maladie des T.N.-O. est refusée, la couverture est refusée pour une intervention. Si une personne interjette appel de la décision d'annuler sa carte d'assurance-maladie des T.N.-O., elle peut le faire auprès du directeur de l'assurance-maladie. Les appels de deuxième et de dernière instance peuvent être adressés au sous-ministre de la Santé et des Services sociaux.

En date du 31 mars 2019, il y avait 43 324 personnes inscrites au Régime d'assurance-santé des T.N.-O.

3.2 Autres catégories de personnes

Les titulaires d'un visa d'emploi, d'un visa d'étudiant et, dans certains cas, d'un visa de visiteur sont couverts s'ils satisfont aux dispositions de l'Accord sur l'admissibilité et la transférabilité et aux directives concernant la couverture par le Régime d'assurance-santé des T.N.-O.

Les nouveau-nés dont les parents sont des résidents des T.N.-O. qui se trouvent à l'étranger sont automatiquement couverts dès le jour de leur naissance si :

- › au moins un des parents est citoyen canadien;
- › les parents ont :
 - › obtenu une couverture pour une absence temporaire aux termes du Régime d'assurance-santé des T.N.-O.;
 - › une date prévue de leur retour aux T.N.-O.

Les étudiants et les travailleurs étrangers sont admissibles à la couverture uniquement s'ils détiennent un permis d'étude ou de travail valide pour douze mois ou plus. Les titulaires d'un permis de moins de douze mois ne sont pas admissibles.

Les résidents permanents (immigrants reçus) et les résidents permanents de retour au pays sont couverts le premier jour de leur arrivée dans les T.N.-O., à condition que les T.N.-O. soient leur première résidence au Canada et qu'ils aient l'intention de résider dans les T.N.-O.

Les réfugiés au sens de la Convention des Nations Unies sur les réfugiés sont couverts à condition qu'ils fournissent les documents appropriés.

Les personnes suivantes ne sont pas admissibles à une carte santé des T.N.-O., car elles ne sont pas reconnues comme étant des résidents :

- › les touristes;
- › les visiteurs;
- › les personnes de passage;
- › les personnes en détention provisoire venant d'une autre province ou d'un autre territoire;
- › les étudiants canadiens, qui ne sont pas des résidents des T.N.-O., qui fréquentent un établissement scolaire dans les T.N.-O. (sauf si l'étudiant a l'intention de s'établir de façon permanente dans les T.N.-O.). Les étudiants qui vivent dans une résidence d'étudiants ou sur le campus ne sont pas considérés comme des résidents permanents;
- › les personnes qui travaillent dans les T.N.-O., mais qui n'ont pas l'intention d'y établir leur résidence permanente (plus de douze mois) (art. 7, Accord interprovincial sur l'admissibilité et la transférabilité de l'assurance-hospitalisation et l'assurance médicale);
- › les titulaires de permis de séjour temporaire (PST). (Les PST sont délivrés par le ministre fédéral de l'Immigration aux personnes qui, pour quelque raison que ce soit, ne satisfont pas aux exigences d'immigration, mais sont admises au Canada pour des raisons humanitaires ou de compassion. La durée du PST varie, mais un PST peut être valide jusqu'à trois ans.);
- › les personnes qui n'ont pas de documents valides d'Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada.



4.0 TRANSFÉRABILITÉ

4.1 Période d'attente minimale

Les assurés qui déménagent dans les Territoires du Nord-Ouest (T.N.O.) sont assujettis à des périodes d'attente, conformément à l'Accord interprovincial sur l'admissibilité et la transférabilité. La période d'attente se termine le premier jour du troisième mois de résidence pour les personnes qui s'installent en permanence dans les T.N.O.

4.2 Couverture durant des absences temporaires au Canada

Le paragraphe 4(2) de la *Loi sur l'assurance-maladie* prévoit que les résidents des T.N.O. peuvent être couverts pendant une absence temporaire s'ils restent au Canada, conformément au sous-alinéa 11(1)b(i) de la *Loi canadienne sur la santé*. Le Ministère respecte l'Accord sur l'admissibilité et la transférabilité comme il est décrit dans le guide d'inscription au Régime d'assurance-santé des T.N.O.

Lorsqu'un résident des T.N.O. a rempli le formulaire d'absence temporaire et que le Ministère a approuvé sa demande, il demeure assuré pendant une période allant jusqu'à un an d'une absence temporaire en raison du travail, d'un voyage ou de vacances. Les étudiants qui fréquentent un établissement d'enseignement postsecondaire à temps plein sont également assurés. Les frais des services assurés reçus dans une autre province ou un autre territoire sont entièrement payés.

Sur présentation d'une carte santé des T.N.O. valide, la plupart des visites chez le médecin et des soins hospitaliers sont facturées directement au Ministère. Durant la période couverte par le rapport, environ 33,0 millions de dollars ont été payés pour des services hospitaliers reçus par des patients hospitalisés et des patients externes dans d'autres provinces ou territoires. Des directives générales sur le remboursement ont été établies pour les patients tenus de payer immédiatement des services médicalement nécessaires.

Les T.N.O. participent à l'Entente de facturation réciproque des services hospitaliers et à l'Entente de facturation réciproque des services médicaux conclues avec les autres provinces et territoires (à l'exception du Québec).

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

En vertu du paragraphe 4(3) de la *Loi sur l'assurance-maladie* et du sous-alinéa 11(1)b(ii) de la *Loi canadienne sur la santé*, les T.N.O. fournissent des remboursements aux résidents de T.N.-O. qui ont recours à des services médicalement nécessaires pendant qu'ils sont temporairement à l'extérieur du pays. Les personnes doivent payer les services et demander un remboursement aux T.N.O. à leur retour. Le montant du remboursement pour un service reçu à l'extérieur du Canada, y compris les services d'hospitalisation, les services de consultation externes et les hémodialyses, ne dépassera pas les montants payables dans les T.N.-O. pour ce service. Le résident qui est temporairement à l'extérieur du pays peut être assuré pendant une période allant jusqu'à un an. Il doit toutefois obtenir une approbation préalable et fournir la documentation prouvant qu'à son retour les T.N.-O. seront son lieu de résidence permanente.

4.4 Nécessité d'une approbation préalable

Les T.N.-O. exigent une approbation préalable pour la couverture de services facultatifs reçus dans d'autres provinces ou à l'extérieur du pays. Il est également nécessaire d'obtenir une approbation préalable à l'égard de services assurés fournis par un établissement privé.

Les appels de décisions de première instance peuvent être interjetés auprès du directeur de l'assurance-maladie. Les appels de deuxième instance sont examinés par le sous-ministre de la Santé et des Services sociaux. La décision du sous-ministre est définitive.



5.0 ACCESSIBILITÉ

5.1 Accès aux services de santé assurés

La politique de déplacement à des fins médicales du gouvernement des Territoires du Nord-Ouest (T.N.-O.) permet aux résidents des T.N.-O. d'avoir accès à des services médicalement nécessaires assurés qui ne sont pas offerts dans leur communauté d'accueil ou même dans les T.N.-O., conformément à l'alinéa 12(1)a) de la *Loi canadienne sur la santé*.

Un système d'imagerie diagnostique et d'archivage et de transmission d'images (DI/PACS) est accessible partout où des services d'imagerie numérique sont offerts. Le DI/PACS est passé des rayons X à la pellicule au format numérique. Ainsi, des radiologistes à Yellowknife et dans le sud peuvent examiner des résultats en aussi peu que 35 minutes. Au final, les résidents des T.N.-O. peuvent ainsi avoir accès à des spécialistes dans le sud du Canada sans devoir s'éloigner longtemps de leur domicile et de leur famille.

L'article 18 de la *Loi canadienne sur la santé* et le paragraphe 14(1) de la *Loi sur l'assurance-maladie* interdit la surfacturation. La seule exception est lorsqu'un médecin se retire du Régime d'assurance-maladie des T.N.-O. et fixe ses propres honoraires. Cela ne s'est pas produit durant la période couverte par le rapport de 2018–2019.

Le paragraphe 14(2) de la *Loi sur l'assurance-maladie* interdit aussi les frais modérateurs à moins que le médecin ne se retire du Régime d'assurance-maladie des T.N.-O., fixe ses propres honoraires et qu'il donne un préavis raisonnable pour percevoir ces honoraires.

La *Loi sur l'assurance-maladie* comprend une disposition qui permet au ministre de la Santé et des Services sociaux (le ministre) d'établir un Comité d'appel des prestations qui peut étudier toute question que lui renvoie le ministre, y compris les plaintes lorsqu'un médecin fait de la surfacturation et perçoit des frais modérateurs. À l'heure actuelle, il n'est pas nécessaire de créer ce comité, car presque tous les médecins sont rémunérés en vertu d'accords contractuels avec le gouvernement des T.N.-O.

Les plaintes concernant la surfacturation et les frais modérateurs peuvent être adressées au :

Administration des services de santé, Ministère de la Santé et des Services sociaux
Sac postal 9,
Inuvik, NT, X0E 0T0
Téléphone : 1-800-661-0830 ou 1-867-777-7400
Télécopieur : 1-867-777-3197

5.2 Rémunération des médecins

Le Ministère de la Santé et des Services sociaux (le Ministère), en étroite collaboration avec l'Association des médecins des T.N.-O., négocie la rémunération des médecins. En général, les médecins de famille et les spécialistes sont rémunérés au moyen d'un accord contractuel avec le gouvernement des T.N.-O., tandis que les autres praticiens sont rémunérés à l'acte. Les tarifs de la rémunération à l'acte dans les T.N.-O. sont énumérés dans le barème des services assurés approuvé par le ministre en vertu de la *Loi sur l'assurance-maladie*.

En vertu de la *Loi sur l'assurance-maladie*, le ministre peut nommer des inspecteurs médicaux et financiers qui, sous la direction du directeur, examinent et vérifient les livres, les comptes, les rapports et les dossiers médicaux tenus dans les hôpitaux, les établissements de santé et les cabinets de médecins en ce qui concerne les patients qui reçoivent ou qui ont reçu des services assurés. Le directeur peut réviser un compte de services assurés qu'un médecin a présenté et faire les rajustements appropriés en ce qui concerne le montant versé au médecin à l'égard des services assurés.

Bien que les médecins puissent facturer des frais pour des services non assurés conformément à la politique sur les frais de service, il n'est pas possible de facturer des honoraires forfaitaires.

5.3 Paiements aux hôpitaux

Les accords de contribution entre le Ministère et les conseils d'administration dictent les paiements versés aux hôpitaux. Les ressources disponibles dans le budget global du gouvernement et le niveau de service fourni par l'hôpital déterminent les sommes allouées.

Les paiements pour la fourniture des services hospitaliers assurés sont régis par la Loi sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des services de santé et des services sociaux et la Loi sur la gestion des finances publiques. Un budget global sert à financer les hôpitaux des T.N.O.



6.0 RECONNAISSANCE ACCORDÉE AUX TRANSFERTS FÉDÉRAUX

Le gouvernement des Territoires du Nord-Ouest (T.N.-O.) a fait état du financement versé par le gouvernement fédéral au moyen du Transfert en matière de santé du Canada dans les documents suivants :

- › Les *comptes publics 2017-2018* du gouvernement des T.N.-O. (publié le 1^{er} novembre 2018);
- › le *plan d'activités annuel 2019-2020* du gouvernement des T.N.-O. (publié en février 2019); et
- › le *budget principal des dépenses 2019-2020* du gouvernement des T.N.-O. (publié le 6 février 2019).

Les comptes publics contiennent les états financiers consolidés du gouvernement des T.N.-O., vérifiés par le vérificateur général du Canada, et sont présentés annuellement à l'Assemblée législative. Le budget principal des dépenses et le plan d'activités sont également présentés annuellement à l'Assemblée législative.

PERSONNES INSCRITES

Année	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
1. Nombre en date du 31 mars	43 436	43 430	42 780	43 632	43 324

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE

ÉTABLISSEMENTS PUBLICS¹

Année	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
2. Nombre	23	23	23	23	23
3. Paiements pour des services de santé assurés (\$)¹	70 018 260	70 285 154	70 921 707	71 862 145	74 777 564

ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS À BUT LUCRATIF

Année	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
4. Nombre d'établissements privés à but lucratif offrant des services de santé assurés	0	0	0	0	0
5. Paiements aux établissements privés à but lucratif pour des services de santé assurés (\$)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS AUX RÉSIDENTS DANS UNE AUTRE PROVINCE OU UN AUTRE TERRITOIRE²

Année	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
6. Nombre total de demandes, patients hospitalisés	1 200	1 316	1 278	1 290	1 373
7. Total des paiements, patients hospitalisés (\$)	19 034 152	21 899 702	22 181 729	19 457 472	25 586 216
8. Nombre total de demandes, patients externes	12 108	12 641	13 444	13 902	15 277
9. Total des paiements, patients externes (\$)	4 593 956	4 804 337	5 684 108	6 272 018	7 422 506

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA²

PRÉ-APPROUVÉS

Année	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
10. Nombre total de demandes, patients hospitalisés	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	0
11. Total des paiements, patients hospitalisés (\$)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	0
12. Nombre total de demandes, patients externes	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	1
13. Total des paiements, patients externes (\$)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	320

Toutes les données sont sujettes à des révisions ultérieures.

¹ Les paiements pour les services de santé assurés sont estimés et ne comprennent que les services offerts dans les établissements de soins actifs (c.-à-d. les hôpitaux qui offrent à la fois des services aux patients hospitalisés et aux patients externes).

² Santé Canada a demandé que cette information soit ventilée en données préapprouvées et non préapprouvées à partir du rapport de 2018-2019, mais n'a pas exigé des provinces ou des territoires qu'ils fassent rapport sur les années précédentes. Santé Canada a demandé que cette information soit ventilée en données préapprouvées et non préapprouvées à partir du rapport de 2018-2019, mais n'a pas exigé des provinces ou des territoires qu'ils fassent rapport sur les années précédentes. Avant 2018-2019, toutes les demandes concernant l'extérieur du pays sont incluses dans la catégorie des demandes non pré-approuvées.

NON PRÉ-APPROUVÉS

Année	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
14. Nombre total de demandes, patients hospitalisés	5	14	9	13	7
15. Total des paiements, patients hospitalisés (\$)	14 800	216 539	97 456	316 373	23 085
16. Nombre total de demandes, patients externes	32	45	44	31	38
17. Total des paiements, patients externes (\$)	37 896	39 388	52 643	19 719	16 573

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE

Année	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
18. Nombre de médecins participants ³	330	326	350	359	370
19. Nombre de médecins ayant opté pour le retrait du régime d'assurance-santé	0	0	0	0	0
20. Nombre de médecins non participants	0	0	0	0	0
21. Total des paiements des services médicaux rémunérés pour l'ensemble des méthodes de paiement (\$) ⁴	53 392 587	53 732 241	55 291 472	56 505 139	57 404 503
22. Total des paiements des services médicaux rémunérés à l'acte (\$)	1 545 414	1 635 526	1 259 330	1 201 976	1 182 996

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS AUX RÉSIDENTS DANS UNE AUTRE PROVINCE OU UN AUTRE TERRITOIRE²

Année	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
23. Nombre de services	48 995	54 333	62 078	62 035	62 222
24. Total des paiements (\$)	5 579 633	6 434 942	6 944 788	6 943 660	7 055 181

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA

PRÉ-APPROUVÉS

Année	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
25. Nombre de services	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	1
26. Total des paiements (\$)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	2 603

NON PRÉ-APPROUVÉS

Année	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
27. Nombre de services	73	195	101	119	69
28. Total des paiements (\$)	5,208	171,104	7,471	18,668	6,377

³ Estimation basée sur le nombre total de médecins actifs pour chaque exercice.

⁴ Les paiements sont fondés sur une estimation des dépenses liées aux services médicaux fournis aux résidents des T.N.-O. (y compris la rémunération des médecins et les coûts cliniques).

SERVICES DE CHIRURGIE DENTAIRE ASSURÉS FOURNIS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE⁴

Année	2014–2015	2015–2016	2016–2017	2017–2018	2018–2019
29. Nombre de dentistes participants	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
30. Nombre de dentistes ayant opté pour le retrait du régime d'assurance-santé ⁵	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
31. Nombre de dentistes non participants ⁵	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
32. Nombre de services fournis	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
33. Total des paiements (\$)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible

⁵ Santé Canada a demandé ces données à partir du rapport de 2016–2017, mais n'a pas exigé des provinces ou des territoires qu'ils fassent rapport sur les années précédentes.

NUNAVUT



Le ministère de la Santé (le Ministère) fait face à plusieurs défis particuliers pour assurer la santé et le mieux-être des Nunavummiut. Sur une population totale de 38 824 personnes¹, environ le tiers a moins de 15 ans (11 921 personnes). Le territoire est constitué de 25 communautés situées dans trois fuseaux horaires et divisées en trois régions : Qikiqtani (ou Baffin), Kivalliq et Kitikmeot.

Le gouvernement du Nunavut intègre les valeurs sociales des Inuits à l'élaboration des programmes et des politiques ainsi qu'à la conception et à la prestation des services. La prestation des services de santé au Nunavut repose sur un modèle de soins de santé primaires. Au Nunavut, les fournisseurs de soins de santé primaires sont des médecins de famille, du personnel infirmier praticien, des sages-femmes, du personnel infirmier en santé communautaire et d'autres professionnels de la santé connexes.

En 2018–2019, le budget territorial de fonctionnement et d'entretien du Ministère s'élevait à 442 065 000 \$, incluant les crédits supplémentaires². Le tiers du budget de fonctionnement total du Ministère a été affecté aux coûts de déplacement à des fins médicales et aux traitements fournis dans des établissements hors du territoire. Le Nunavut est un vaste territoire ayant une faible densité démographique et une infrastructure restreinte en santé, par conséquent, les résidents doivent souvent quitter le Nunavut pour recevoir divers services hospitaliers et services spécialisés.

En 2018–2019, un montant total de 21 500 000 \$ a été alloué au Ministère pour des projets d'immobilisations³. Les projets d'immobilisations du Ministère pour 2018–2019 comprennent le début de la construction du nouveau centre de santé communautaire de Sanikiluaq et le début de la conception détaillée du nouveau centre de santé communautaire de Cape Dorset.



1.0 GESTION PUBLIQUE

1.1 Régime d'assurance-santé et autorité publique

Le ministère de la Santé (le Ministère) gère les régimes d'assurance-santé du Nunavut à titre non lucratif, y compris les services médicaux et les services hospitaliers.

La *Loi sur l'assurance-maladie* (Territoires du Nord-Ouest [T.N.-O.], 1988, reproduite pour le Nunavut à l'article 29 de la *Loi sur le Nunavut*, 1999) régit l'admissibilité aux services médicaux assurés et leur paiement. La *Loi sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des services de santé et des services sociaux* (T.N.-O., 1988, reproduite pour le Nunavut à l'article 29 de la *Loi sur le Nunavut*, 1999) permet l'établissement de services hospitaliers et d'autres services de santé.

¹ Bureau de la statistique du Nunavut, *Estimations de la population du Nunavut par sexe, groupe d'âge, région et collectivité 2017*

Les estimations de la population s'appuient sur le recensement de 2011 ajustées en fonction du sous-dénombrement net du recensement. Les totaux du Nunavut comprennent les régions non organisées et les camps éloignés.

² Ministère de la Santé, Rapport Freebalance de la Division des finances,

³ Budget d'immobilisations de 2018–2019, parties 1 et 2, gouvernement du Nunavut

Le Ministère est responsable de la prestation des services de soins de santé aux Nunavummiut, y compris de l'exploitation des centres de santé communautaires, des centres de santé régionaux et d'un hôpital. Il existe trois bureaux régionaux qui exécutent la prestation des services de santé à l'échelle régionale. Les activités d'Iqaluit sont gérées séparément. Le gouvernement du Nunavut a choisi une décentralisation des bureaux régionaux afin d'appuyer les travailleurs de première ligne et la prestation d'une vaste gamme de programmes et de services communautaires de santé.

1.2 Liens hiérarchiques

Les lois du Nunavut régissant la gestion des services de santé ont été transférées des Territoires du Nord-Ouest, en vertu de la *Loi sur le Nunavut*. La *Loi sur l'assurance-maladie* définit qui est admissible au Régime d'assurance-santé du Nunavut ainsi que le paiement des prestations pour les services médicaux assurés. En vertu du paragraphe 23(1) de la *Loi sur l'assurance-maladie*, le ministre responsable de la Loi doit nommer un directeur de l'assurance-santé.

Le directeur est responsable de l'application de la Loi et de son Règlement. En vertu de l'article 24, le directeur doit présenter un rapport annuel sur les activités du Régime d'assurance-santé du Nunavut au ministre, qui le dépose à l'Assemblée législative. Le rapport annuel de 2017–2018 du directeur de l'assurance-santé a été soumis et est disponible sur le site Web du Ministère.

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). Le vérificateur général est tenu d'effectuer une vérification annuelle des états financiers consolidés du gouvernement du Nunavut. La plus récente vérification des comptes publics du gouvernement du Nunavut s'est terminée le 25 octobre 2018 pour l'exercice 2017–2018.



2.0 INTÉGRALITÉ

2.1 Services hospitaliers assurés

Au Nunavut, les services hospitaliers assurés sont fournis en vertu des articles 2 à 4 de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des services de santé et des services sociaux* et de son *Règlement*. Aucune modification n'a été apportée à la Loi ou à son Règlement en 2018–2019.

En 2018–2019, des services hospitaliers assurés ont été fournis dans 28 établissements situés sur l'ensemble du territoire, soit :

- › un hôpital général (Iqaluit);
- › deux établissements de santé régionaux (Rankin Inlet et Cambridge Bay);
- › vingt-deux (22) centres de santé communautaire;

- › deux établissements de santé publique (Iqaluit et Rankin Inlet);
- › une clinique de médecine familiale (Iqaluit). Des services de réadaptation sont offerts au Centre Ikajuksivik situé à l'Hôpital général Qikiqtani ou par des services contractuels dans d'autres régions.

L'Hôpital général Qikiqtani est actuellement le seul établissement de soins de courte durée au Nunavut, accrédité par Agrément Canada, qui offre une gamme de services d'hospitalisation et de services de consultation externe au sens de la *Loi canadienne sur la santé*. Il offre en tout temps des services d'urgence, des soins aux patients hospitalisés (y compris des soins obstétricaux, pédiatriques et palliatifs), des services chirurgicaux, de laboratoire, d'imagerie diagnostique, d'inhalothérapie et des services de gestion de l'information sur la santé.

À l'heure actuelle, l'établissement situé à Rankin Inlet offre en tout temps des soins aux patients hospitalisés. Les soins aux patients externes sont fournis par des employés sur appel. L'établissement de Cambridge Bay offre un service de clinique quelques heures par jour et des soins d'urgence sur appel 24 heures par jour. De plus, le nombre de lits de maternité dans les deux établissements est limité. D'autres centres de santé communautaires fournissent des services de santé publique, des services de consultation externe et des services de traitement d'urgence.

Des services de santé publique sont fournis dans les cliniques de santé publique qui sont situées à Rankin Inlet et à Iqaluit. Des programmes de santé publique sont fournis dans les autres communautés par l'entremise du centre de santé local. Le ministère de la Santé (le Ministère) exploite également une clinique de médecine familiale à Iqaluit. Cette clinique fait partie du programme de soins primaires de l'hôpital général Qikiqtani.

Le Ministère est responsable de l'autorisation, de l'inspection et de la supervision de tous les établissements de santé du territoire, ainsi que de la délivrance de permis.

Les services assurés fournis aux patients hospitalisés sont les suivants :

- › l'hébergement et les repas en salle commune;
- › les services infirmiers nécessaires;
- › les actes de laboratoire, de radiologie et autres actes diagnostiques, ainsi que les interprétations nécessaires;
- › les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes prescrits par un médecin et administrés à l'hôpital;
- › les fournitures chirurgicales courantes;
- › l'usage des salles d'opération, des salles d'accouchement et des installations d'anesthésie;
- › l'usage des services de radiothérapie et de physiothérapie, là où ils sont disponibles;
- › les services de psychiatrie fournis dans le cadre d'un programme agréé;
- › les services fournis par des personnes rémunérées à cet effet par l'hôpital.

Les services aux patients externes sont les suivants :

- › les analyses de laboratoire et les radiographies, ainsi que les interprétations nécessaires, demandées par un médecin et réalisées dans un établissement de consultation externe ou un hôpital agréé;
- › les services hospitaliers en rapport avec la plupart des interventions médicales et chirurgicales mineures;
- › les services de physiothérapie, d'ergothérapie et d'orthophonie ainsi que certains services d'audiologie fournis dans un établissement de consultation externe ou dans un hôpital agréé;
- › les services de psychiatrie fournis dans le cadre d'un programme hospitalier agréé.

Le Ministère peut décider d'ajouter des services hospitaliers assurés, en fonction de la disponibilité des ressources et du matériel ainsi que de la faisabilité générale du projet, conformément à ses lignes directrices et avec l'aval du Conseil de gestion financière du Nunavut. Aucun nouveau service n'a été ajouté à la liste des services hospitaliers assurés en 2018–2019.

2.2 Services médicaux assurés

Le paragraphe 3(1) de la *Loi sur l'assurance-maladie* et l'article 3 du *Règlement sur les soins médicaux* prévoient la prestation de services médicaux assurés au Nunavut. Aucune modification n'a été apportée à la Loi ou au Règlement en 2018–2019. La *Loi sur les infirmières et infirmiers* autorise la délivrance de permis d'exercice aux infirmières et infirmiers praticiens du Nunavut, leur permettant ainsi de fournir des services assurés dans le territoire.

Au moment de leur inscription initiale, les médecins doivent être membres en règle d'un collège des médecins et chirurgiens d'une province ou d'un territoire du Canada et détenir un permis d'exercice au Nunavut. Le comité d'inscription des médecins du gouvernement du Nunavut gère actuellement ce processus pour les médecins du territoire. Le Nunavut recrute ses propres médecins de famille et établit des contrats avec eux et, la plupart du temps, recourt aux centres spécialisés d'Ottawa, d'Edmonton, de Winnipeg et de Yellowknife pour les services de spécialistes. Le recrutement de médecins de famille à temps plein s'est considérablement amélioré et le Ministère finance 26 postes de médecins de famille, qui sont assurés par une combinaison de médecins suppléants et de médecins à temps plein, ce qui correspond à plus de 7 559 jours de services annuellement dans l'ensemble du territoire.

Parmi les 26 postes de médecins à temps plein au Nunavut, 16 se trouvent dans la région de Qikiqtaaluk, 7,5 dans la région de Kivalliq et 2,5 dans la région de Kitikmeot. Il y a aussi 1,5 poste de chirurgien généraliste, un poste d'anesthésiste et 4 postes de pédiatres à l'Hôpital général Qikiqtani. Des spécialistes itinérants, des omnipraticiens et des médecins suppléants fournissent également des services médicaux assurés dans le cadre d'ententes conclues avec chacune des trois régions du Ministère.

Le médecin peut choisir de recevoir des honoraires en dehors du Régime d'assurance-santé, conformément aux alinéas 12(2)a) ou 12(2)b) de la *Loi sur l'assurance-maladie*, en remettant un avis écrit à cet effet au directeur de l'assurance santé (le directeur). Ce choix peut être révoqué, et la révocation entre en vigueur le premier jour du mois suivant la date à laquelle une lettre à cet effet a été remise au directeur. En 2018–2019, aucun médecin n'a remis d'avis écrit indiquant qu'il avait fait le choix susmentionné. Tous les médecins qui exercent au Nunavut ont signé un contrat avec le Ministère. En 2018–2019, 139 médecins ont fourni des services au Nunavut.

Le terme « services médicaux assurés » désigne tous les services médicalement nécessaires fournis par des médecins. Lorsque des services assurés ne sont pas offerts dans certaines régions du Nunavut, les patients sont dirigés vers une autre province ou territoire pour les obtenir. Le Nunavut a conclu des ententes de services de santé avec des centres de services médicaux et de traitement à Ottawa, Winnipeg, Churchill, Yellowknife et Edmonton. C'est vers ces endroits à l'extérieur du territoire que le Nunavut oriente la plupart du temps ses patients qui ont besoin de services médicaux non disponibles dans le territoire.

L'ajout ou l'élimination de services médicaux assurés doivent être approuvés par le gouvernement. À cette fin, le directeur de l'assurance-santé participe à des négociations avec un groupe de médecins pour discuter du service visé. Par la suite, la décision du groupe est soumise à l'approbation du Cabinet. En 2018–2019, aucun service médical assuré n'a été ajouté ni retiré.

2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

Un dentiste qui fournit des services de chirurgie dentaire assurés aux termes du Régime d'assurance-santé du Nunavut doit détenir une licence d'exercice, conformément à la *Loi sur les professions dentaires* (T.N.-O., 1988, reproduite pour le Nunavut à l'article 29 de la *Loi sur le Nunavut*, 1999). Il reçoit un numéro de facturation qui lui permettra de facturer au Régime les services dentaires assurés qu'il a fournis.

Les services dentaires assurés se limitent aux interventions de chirurgie dentaire prévues dans le Règlement, qui nécessitent des ressources que seul un hôpital peut fournir (p. ex. la chirurgie orthognatique). Des chirurgiens buccaux viennent régulièrement au Nunavut; toutefois, dans de rares cas, lorsqu'il y a des complications médicales, le patient est transporté par avion à l'extérieur du territoire.

Le gouvernement doit approuver tout ajout de nouveaux services de chirurgie dentaire à la liste des services assurés. Aucun nouveau service n'a été ajouté à la liste en 2018–2019.

2.4 Services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

Les services fournis en vertu de la *Loi sur les accidents du travail* (T.N.-O., 1988, reproduite pour le Nunavut à l'article 29 de la *Loi sur le Nunavut*, 1999) ou d'autres lois du Canada, sauf la *Loi canadienne sur la santé*, sont exclus.

Les services médicaux non assurés comprennent les suivants :

- › les examens physiques annuels;

- › la chirurgie esthétique;
- › les services réputés expérimentaux;
- › les médicaments d'ordonnance;
- › les examens physiques demandés par un tiers;
- › les services d'optométrie;
- › les services dentaires autres que certains actes liés à des maladies ou à des blessures de la mâchoire;
- › les services de chiropraticiens, de naturopathes, de podiatres et d'ostéopathes, et les traitements d'acupuncture;
- › les services de physiothérapie, d'orthophonie et de psychologie reçus dans un établissement autre qu'un établissement de consultation externe assuré (hôpital).

Les services hospitaliers non assurés sont les suivants :

- › les frais hospitaliers excédant le tarif de l'hébergement en salle commune, pour une chambre privée ou semi-privée;
- › les services qui ne sont pas médicalement nécessaires, comme la chirurgie esthétique;
- › les services réputés expérimentaux;
- › les frais d'ambulance (sauf pour le transport d'un hôpital à un autre);
- › les services dentaires autres que certains actes liés à des maladies ou à des blessures de la mâchoire;
- › les services de réadaptation pour alcooliques et toxicomanes, sans approbation préalable.

En 2018–2019, à l'Hôpital général Qikiqtani, le tarif journalier de séjour pour les services fournis à des non-Canadiens était de 2 638 \$. À Rankin Inlet et à Cambridge Bay, le tarif d'hospitalisation était de 1 482 \$.

Dans le cas des résidents envoyés à l'extérieur du territoire pour recevoir des services, le Ministère suit les politiques et procédures de la province ou du territoire qui fournit les services lorsque ces services peuvent entraîner des frais supplémentaires, et ce, seulement dans la mesure où ces frais sont couverts par le Régime d'assurance-santé du Nunavut (voir 4.2, ci-dessous). Les demandes ou les plaintes sont traitées au cas par cas avec la province ou le territoire concerné.

Le Ministère gère également le Programme des services de santé non assurés (SSNA) au nom de Services aux Autochtones Canada pour les membres des Premières nations et des Inuits résidant au Nunavut. Le SSNA paie la quote-part pour les déplacements aux fins médicales, l'hébergement et les repas en pension (à Ottawa, Winnipeg, Churchill, Edmonton, Yellowknife et Iqaluit), les médicaments d'ordonnance, les traitements dentaires, les soins de la vue, les fournitures médicales et les prothèses, ainsi que pour un certain nombre d'autres services connexes.



3.0 UNIVERSALITÉ

3.1 Admissibilité

L'admissibilité au Régime d'assurance-santé du Nunavut est brièvement définie aux paragraphes 3(1), (2) et (3) de la *Loi sur l'assurance-maladie*. Le ministère de la Santé (le Ministère) respecte l'Accord interprovincial sur l'admissibilité et la transférabilité et ses propres lignes directrices. Aucune modification n'a été apportée à la Loi ou au Règlement en 2018–2019.

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 habituellement présente au Nunavut, à l'exception des touristes et des personnes de passage ou en visite au Nunavut. Les personnes admissibles reçoivent une carte santé portant un numéro distinct.

Pour s'inscrire au Régime, il faut présenter un formulaire de demande rempli et y joindre les documents requis. Une carte santé est délivrée à chaque résident. Afin de simplifier le traitement des documents, un processus de renouvellement progressif est utilisé. Aucune prime n'est exigible. Il faut être inscrit pour avoir droit à la couverture du Régime d'assurance-santé du Nunavut; toutefois, lorsqu'un résident admissible n'est pas couvert par le Régime, tout est mis en œuvre pour l'y inscrire. Les non-résidents doivent présenter une carte santé valide de leur province ou de leur territoire.

La couverture commence généralement le premier jour du troisième mois suivant l'arrivée au Nunavut, mais elle peut être immédiate dans certaines circonstances (p. ex. un nouveau-né dont la mère ou le père est admissible à la couverture). Les résidents permanents (immigrants reçus), les Canadiens de retour au pays, les Canadiens rapatriés, les résidents permanents de retour au pays et les non-Canadiens titulaires d'un visa d'emploi valide pour douze mois ou plus sont aussi couverts immédiatement.

Les membres des Forces canadiennes ainsi que les détenus des pénitenciers fédéraux ne sont pas admissibles. Ils ont droit à la couverture du Régime d'assurance-santé du Nunavut le premier jour de leur cessation d'emploi ou de leur libération.

Conformément à l'article 7 de l'Accord interprovincial sur l'admissibilité et la transférabilité, les personnes d'une province ou d'un autre territoire qui demeurent temporairement au Nunavut sans y établir leur résidence demeurent inscrites au Régime d'assurance-santé de leur province ou de leur territoire d'origine pendant une période maximale d'un an.

Le 31 mars 2019, 38 824 personnes étaient inscrites au Régime d'assurance-santé du Nunavut, soit 469 de moins que l'année précédente. Aucune disposition officielle ne prévoit le retrait des résidents du Nunavut du Régime d'assurance-santé, et il n'y a pas de processus d'appel prévus par la loi ou de politique liée aux appels contre une décision sur la résidence ou la couverture.

3.2 Autres catégories de personnes

Les non-Canadiens qui détiennent un visa d'emploi ou d'étudiant valide pour moins de 12 mois, les travailleurs de passage et les titulaires de permis ministériel (à l'exception de certains détenant un permis de séjour temporaire, pour qui la situation peut être revue au cas par cas) ne sont pas admissibles au Régime. Les situations particulières sont évaluées individuellement, conformément à l'article 15 des lignes directrices des Territoires du Nord-Ouest sur l'inscription au Régime d'assurance-santé, adopté par le Nunavut en 1999.



4.0 TRANSFÉRABILITÉ

4.1 Période d'attente minimale

Au terme de l'article 3 de l'Accord interprovincial sur l'admissibilité et la transférabilité, lors d'un déménagement au Canada, la période d'attente dure trois mois ou jusqu'au premier jour du troisième mois suivant l'établissement de la résidence dans une autre province ou un autre territoire; cette dernière période d'attente s'applique également lorsqu'une personne, durant une absence temporaire de sa province ou de son territoire, décide de s'établir en permanence au Nunavut.

4.2 Couverture durant des absences temporaires au Canada

Le paragraphe 4(2) de la *Loi sur l'assurance-maladie* détermine les prestations payables à l'égard des services médicaux assurés fournis à l'extérieur du Nunavut, mais au Canada. Les alinéas 5d) et 28(1)j) et o) de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des services de santé et des services sociaux* autorisent le ministre de la Santé à conclure avec les provinces et les autres territoires des ententes sur la prestation de services de santé aux résidents du Nunavut et à fixer les modalités de paiement. En 2018–2019, aucune modification législative ou réglementaire n'a été apportée concernant la couverture à l'extérieur du Nunavut.

Les étudiants qui font des études à l'extérieur du Nunavut doivent en aviser le ministère de la Santé (le Ministère) et fournir une preuve d'inscription pour demeurer assurés. Les demandes de prolongation doivent être renouvelées chaque année et doit être approuvée par le directeur de l'assurance-santé (le directeur). Les personnes assurées doivent présenter une demande écrite au directeur pour faire approuver une absence temporaire d'au plus un an pour le travail, les vacances ou d'autres raisons. Le directeur peut approuver des absences de plus de douze mois consécutifs, à la réception d'une demande écrite de l'assuré.

Les dispositions concernant la couverture durant des absences temporaires au Canada sont parfaitement conformes aux modalités de l'Accord interprovincial sur l'admissibilité et la transférabilité. Le Nunavut participe aux ententes de facturation réciproque des services médicaux et des services hospitaliers. En outre, des ententes bilatérales spéciales ont été conclues avec l'Ontario, le Manitoba, l'Alberta et les Territoires du Nord-Ouest. L'entente de facturation réciproque des services hospitaliers prévoit le paiement des services hospitaliers aux patients hospitalisés ou externes reçus par les résidents admissibles du Nunavut à l'extérieur du

territoire. Les tarifs prévus pour les interventions très coûteuses, les services de néonatalogie et les services aux patients externes reposent sur ceux qui sont établis par le Comité de coordination des ententes interprovinciales en assurance-santé. Les ententes de facturation réciproque des services médicaux prévoient le paiement des services médicaux assurés pour le compte des résidents admissibles du Nunavut qui reçoivent des services assurés à l'extérieur du territoire. Le paiement est fait à la province d'accueil aux tarifs établis par cette dernière.

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

Le paragraphe 4(3) de la *Loi sur l'assurance-maladie* régit les prestations payables à l'égard des services médicaux assurés fournis à l'étranger. Les alinéas 28(1)) 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. Durant un séjour temporaire à l'étranger, peu importe la raison, les personnes peuvent être couvertes pendant une période maximale de 12 mois, sous réserve de la présentation préalable d'un avis écrit. Lorsqu'un résident est dirigé vers un établissement à l'extérieur du pays pour des interventions très spécialisées non pratiquées au Nunavut ni ailleurs au Canada, le territoire en assume la totalité des frais. Dans le cas de services urgents ou n'ayant pas fait l'objet d'un renvoi, le paiement est de 2 638 \$ par jour pour les services hospitaliers et de 359 \$ pour les services aux patients externes.

Les services médicaux assurés fournis à des résidents admissibles pendant un séjour temporaire à l'étranger sont payés aux tarifs en vigueur pour ces services dans le territoire. Le remboursement est versé à l'assuré ou directement au fournisseur du service assuré.

4.4 Nécessité d'une approbation préalable

Une approbation préalable est nécessaire pour se faire rembourser des services facultatifs dans des établissements privés au Canada ou dans n'importe quel établissement à l'étranger. Il n'existe aucun processus concernant les appels sur l'approbation préalable de couverture de l'extérieur du territoire.



5.0 ACCESSIBILITÉ

5.1 Accès aux services de santé assurés

L'article 14 de la *Loi sur l'assurance-maladie* interdit la surfacturation par des médecins, sauf si le médecin a fait un choix toujours en vigueur à cet égard. L'accès aux services assurés est fourni selon des modalités uniformes. Pour éviter que l'éloignement et les frais de déplacement n'entravent l'accès, le gouvernement du Nunavut fournit une aide aux déplacements pour raisons médicales. Des services d'interprétation en inuktitut sont également offerts aux patients. Le ministère de la Santé (le Ministère) ne possède pas de bureau pour les plaintes particulières touchant la surfacturation. Toutefois, le Ministère possède d'autres mécanismes pour que les Nunavummiut puissent inscrire des préoccupations concernant leurs services de soin de santé et vous pouvez le joindre à l'adresse suivante :

NHIP@gov.nu.ca

Bureau des programmes d'assurance-maladie du Nunavut

Ministère de la Santé

C.P. 889

Rankin Inlet, Nunavut X0C 0G0

Numéro sans frais : 800-661-0833

L'Hôpital général Qikiqtani, un site de service de santé d'Iqaluit, est le seul établissement hospitalier de soins de courte durée en activité au Nunavut. Cet hôpital compte au total 20 lits pour les soins de courte durée, médicaux, chirurgicaux, pédiatriques, de réadaptation, palliatifs et chroniques. L'hôpital compte aussi quatre chambres de naissance et quatre lits pour les chirurgies d'un jour. L'hôpital fournit des services aux patients hospitalisés et externes ainsi que des services d'urgence 24 heures sur 24. Les médecins de l'établissement assurent les services d'urgence à tour de rôle. L'hôpital offre une clinique de soins ambulatoires et externes, des services de stabilisation d'urgence, de même que des services pédiatriques, des soins médicaux généraux, des soins de maternité et des soins palliatifs. En chirurgie, des interventions sont pratiquées en ophtalmologie, en urologie, en orthopédie, en gynécologie, en pédiatrie, en chirurgie générale, en traumatologie d'urgence, en otolaryngologie et en chirurgie dentaire sous anesthésie générale et sous sédation consciente. Les patients qui ont besoin de chirurgies spécialisées sont envoyés dans une autre province ou territoire. Les services diagnostiques comprennent les services de radiologie, de laboratoire, d'électrocardiogramme et de tomodensitogramme.

À l'extérieur d'Iqaluit, des centres de santé locaux situés dans les 24 autres communautés du Nunavut offrent des services infirmiers d'urgence, 24 heures sur 24, aux patients externes.

Le Nunavut compte également trois centres de soins prolongés situés à Gjoa Haven, Igloolik et Cambridge Bay. Ces établissements fournissent à temps plein des services de soins infirmiers et personnels aux adultes. Les centres de Gjoa Haven et d'Igloolik comptent 10 lits chacun, tandis que celui de Cambridge Bay en comprend 8.

Le Nunavut a conclu des accords avec un certain nombre d'autorités régionales de santé à l'extérieur du territoire et avec des établissements particuliers à l'égard de la prestation de services par des médecins spécialistes et d'autres professionnels de la santé itinérants. Les services spécialisés suivants ont été offerts au Nunavut en 2018–2019 dans le cadre du programme des spécialistes itinérants : ophtalmologie, orthopédie, médecine interne, otolaryngologie, neurologie, rhumatologie, dermatologie, pédiatrie, obstétrique et gynécologie, urologie, pneumologie, cardiologie, clinique d'évaluation d'arthroplastie, étude du sommeil, chirurgie buccale et allergologie. Les consultations de spécialistes itinérants sont prévus à l'avance, et sont offerts à des semaines spécifiques tout au long de l'année.

Le réseau de télésanté du Nunavut, qui relie l'ensemble des 25 communautés, permet la prestation à distance d'une vaste gamme de services, par exemple, des services de consultation de spécialistes comme les dermatologues, les psychiatres et les internistes; les services de réadaptation; les séances de counselling sur une base régulière; les visites d'un membre de la famille; l'enseignement médical continu. L'objectif à long terme est d'intégrer la télésanté dans le système de prestation de soins primaires, permettant ainsi aux résidents du Nunavut d'avoir plus facilement accès à une gamme plus étendue d'options de services et aux fournisseurs de services et aux communautés d'utiliser les ressources plus efficacement.

Lorsque le matériel et les services ne sont pas accessibles au Nunavut, les patients sont dirigés vers d'autres provinces ou territoires.

5.2 Rémunération des médecins

Tous les médecins qui exercent à temps plein au Nunavut sont rémunérés aux termes d'un contrat avec le Ministère, qui en fixe les modalités. Les médecins consultants itinérants sont rémunérés par un tarif contractuel journalier pour leurs services professionnels. Les tarifs varient selon les services rendus. Le Ministère se conforme à la *Loi sur la gestion des finances publiques* et le Manuel d'administration financière (MAF) concernant la surveillance ou la vérification de la rémunération.

5.3 Paiements aux hôpitaux

Le financement de l'Hôpital général Qikiqtani, des établissements de santé régionaux et des centres de santé communautaire est fourni dans le cadre du processus budgétaire du gouvernement du Nunavut.



6.0 RECONNAISSANCE ACCORDÉE AUX TRANSFERTS FÉDÉRAUX

Les communiqués de presse et la couverture médiatique permettent d'informer les Nunavummiut des contributions fédérales en cours. Le gouvernement du Nunavut a également fait état de la contribution fédérale reçue au titre du Transfert canadien en matière de santé dans diverses publications, y compris les documents suivants publiés en 2018–2019, les indicateurs économiques et financiers 2018–2019 et le Plan d'activités du gouvernement du Nunavut et des entreprises territoriales de 2018–2021.

PERSONNES INSCRITES

Année	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
1. Nombre en date du 31 mars ¹	36 667	37 764	38 662	39 293	38 824

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE

ÉTABLISSEMENTS PUBLICS

Année	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
2. Nombre	28	28	28	28	28
3. Paiements pour des services de santé assurés (\$)¹	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible

ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS À BUT LUCRATIF

Année	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
4. Nombre d'établissements privés à but lucratif offrant des services de santé assurés	0	0	0	0	0
5. Paiements aux établissements privés à but lucratif pour des services de santé assurés (\$)	0	0	0	0	0

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

Année	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
6. Nombre total de demandes, patients hospitalisés	3 440	3 324	3 616	3 791	3 976
7. Total des paiements, patients hospitalisés (\$)	36 005 461	38 830 531	40 804 893	44 156 008	44 160 583
8. Nombre total de demandes, patients externes	27 137	24 853	26 790	27 480	26 493
9. Total des paiements, patients externes (\$)	9 971 833	9 638 408	11 369 138	12 178 482	12 337 509

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA

PRÉ-APPROUVÉS

Année	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
10. Nombre total de demandes, patients hospitalisés	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
11. Total des paiements, patients hospitalisés (\$)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
12. Nombre total de demandes, patients externes	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
13. Total des paiements, patients externes (\$)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible

¹ L'écart entre le nombre de résidents du Nunavut inscrits et ceux qui sont couverts par le régime d'assurance-santé du Nunavut est attribuable aux délais dans le rapprochement des données relatives aux résidents ayant quitté le territoire.

NON PRÉ-APPROUVÉS

Année	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
14. Nombre total de demandes, patients hospitalisés	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
15. Total des paiements, patients hospitalisés (\$)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
16. Nombre total de demandes, patients externes	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
17. Total des paiements, patients externes (\$)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE

Année	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
18. Nombre de médecins participants ³	289	278	155	139	137
19. Nombre de médecins ayant opté pour le retrait du régime d'assurance-santé	0	0	0	0	0
20. Nombre de médecins non participants	0	0	0	0	0
21. Total des paiements des services médicaux rémunérés pour l'ensemble des méthodes de paiement (\$)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
22. Total des paiements des services médicaux rémunérés à l'acte (\$) ²	54 501	152 815	502 572	565 111	574 179 ³

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS AUX RÉSIDENTS DANS UNE AUTRE PROVINCE OU UN AUTRE TERRITOIRE⁵

Année	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
23. Nombre de services	96 070	93 365	99 539	107 416	121 456
24. Total des paiements (\$)	7 607 809	8 088 273	8 694 011	9 162 104	9 899 822 ⁴

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA

PRÉ-APPROUVÉS

Année	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
25. Nombre de services	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
26. Total des paiements (\$)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible

NON PRÉ-APPROUVÉS

Année	2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019
27. Nombre de services	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	7
28. Total des paiements (\$)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	530

² En général, le Nunavut ne rémunère pas ses médecins à l'acte. La majorité des médecins reçoivent plutôt un salaire contractuel.

³ Pour 2018-2019, il s'agit du montant couvrant la période du 1^{er} avril 2018 au 31 mars 2019.

⁴ Pour 2018-2019, il s'agit du montant en date d'août 2019. Les factures sont acceptées jusqu'en mars 2020.

⁵ Santé Canada a demandé que cette information soit ventilée en données préapprouvées et non préapprouvées à partir du rapport de 2018-2019, mais n'a pas exigé des provinces ou des territoires qu'ils fassent rapport sur les années précédentes.

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

Année	2014–2015	2015–2016	2016–2017	2017–2018	2018–2019
29. Nombre de dentistes participants	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
30. Nombre de dentistes ayant opté pour le retrait du régime d'assurance-santé ⁶	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
31. Nombre de dentistes non participants ⁶	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
32. Nombre de services fournis	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
33. Total des paiements (\$)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible

⁶ Santé Canada a demandé ces données à partir du rapport de 2016–2017, mais n'a pas exigé des provinces ou des territoires qu'ils fassent rapport sur les années précédentes.



ANNEXE A

LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ ET RÈGLEMENT CONCERNANT LES RENSEIGNEMENTS SUR LA SURFACTURATION ET LES FRAIS MODÉRATEURS

La présente annexe offre au lecteur une codification administrative de la *Loi canadienne sur la santé* et du *Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs*. Une codification administrative est une interprétation de la Loi initiale et comprend toute modification apportée depuis l'adoption de la Loi. Le *Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs* est le seul règlement prévu par la Loi. En vertu de ce Règlement, les provinces et les territoires doivent fournir une estimation des montants de la surfacturation et des frais modérateurs avant le début de chaque exercice financier afin que les pénalités appropriées puissent être perçues. Les provinces et les territoires doivent aussi présenter les états financiers indiquant les montants réellement facturés afin de permettre le rapprochement avec les frais estimatifs éventuels. Le Règlement est également présenté sous forme de codification administrative. Cette codification, qui n'a aucune valeur officielle, n'est pas nécessairement actuelle et n'est présentée que pour la commodité du lecteur. Veuillez communiquer avec le ministère de la Justice pour obtenir la version officielle de la *Loi canadienne sur la santé*.



CANADA

CONSOLIDATION

CODIFICATION

Canada Health Act

Loi canadienne sur la santé

R.S.C., 1985, c. C-6

L.R.C. (1985), ch. C-6

Current to December 22, 2019

À jour au 22 décembre 2019

Last amended on December 12, 2017

Dernière modification le 12 décembre 2017

Published by the Minister of Justice at the following address:
<http://laws-lois.justice.gc.ca>

Publié par le ministre de la Justice à l'adresse suivante :
<http://lois-laws.justice.gc.ca>

OFFICIAL STATUS OF CONSOLIDATIONS

Subsections 31(1) and (2) of the *Legislation Revision and Consolidation Act*, in force on June 1, 2009, provide as follows:

Published consolidation is evidence

31 (1) Every copy of a consolidated statute or consolidated regulation published by the Minister under this Act in either print or electronic form is evidence of that statute or regulation and of its contents and every copy purporting to be published by the Minister is deemed to be so published, unless the contrary is shown.

Inconsistencies in Acts

(2) In the event of an inconsistency between a consolidated statute published by the Minister under this Act and the original statute or a subsequent amendment as certified by the Clerk of the Parliaments under the *Publication of Statutes Act*, the original statute or amendment prevails to the extent of the inconsistency.

LAYOUT

The notes that appeared in the left or right margins are now in boldface text directly above the provisions to which they relate. They form no part of the enactment, but are inserted for convenience of reference only.

NOTE

This consolidation is current to December 22, 2019. The last amendments came into force on December 12, 2017. Any amendments that were not in force as of December 22, 2019 are set out at the end of this document under the heading “Amendments Not in Force”.

CARACTÈRE OFFICIEL DES CODIFICATIONS

Les paragraphes 31(1) et (2) de la *Loi sur la révision et la codification des textes législatifs*, en vigueur le 1^{er} juin 2009, prévoient ce qui suit :

Codifications comme élément de preuve

31 (1) Tout exemplaire d'une loi codifiée ou d'un règlement codifié, publié par le ministre en vertu de la présente loi sur support papier ou sur support électronique, fait foi de cette loi ou de ce règlement et de son contenu. Tout exemplaire donné comme publié par le ministre est réputé avoir été ainsi publié, sauf preuve contraire.

Incompatibilité – lois

(2) Les dispositions de la loi d'origine avec ses modifications subséquentes par le greffier des Parlements en vertu de la *Loi sur la publication des lois* l'emportent sur les dispositions incompatibles de la loi codifiée publiée par le ministre en vertu de la présente loi.

MISE EN PAGE

Les notes apparaissant auparavant dans les marges de droite ou de gauche se retrouvent maintenant en caractères gras juste au-dessus de la disposition à laquelle elles se rattachent. Elles ne font pas partie du texte, n'y figurant qu'à titre de repère ou d'information.

NOTE

Cette codification est à jour au 22 décembre 2019. Les dernières modifications sont entrées en vigueur le 12 décembre 2017. Toutes modifications qui n'étaient pas en vigueur au 22 décembre 2019 sont énoncées à la fin de ce document sous le titre « Modifications non en vigueur ».

TABLE OF PROVISIONS**An Act relating to cash contributions by Canada and relating to criteria and conditions in respect of insured health services and extended health care services**

	Short Title
1	Short title
	Interpretation
2	Definitions
	Canadian Health Care Policy
3	Primary objective of Canadian health care policy
	Purpose
4	Purpose of this Act
	Cash Contribution
5	Cash contribution
	Program Criteria
7	Program criteria
8	Public administration
9	Comprehensiveness
10	Universality
11	Portability
12	Accessibility
	Conditions for Cash Contribution
13	Conditions
	Defaults
14	Referral to Governor in Council
15	Order reducing or withholding contribution
16	Reimposition of reductions or withholdings
17	When reduction or withholding imposed

TABLE ANALYTIQUE**Loi concernant les contributions pécuniaires du Canada ainsi que les principes et conditions applicables aux services de santé assurés et aux services complémentaires de santé**

	Titre abrégé
1	Titre abrégé
	Définitions
2	Définitions
	Politique canadienne de la santé
3	Objectif premier
	Raison d'être
4	Raison d'être de la présente loi
	Contribution pécuniaire
5	Contribution pécuniaire
	Conditions d'octroi
7	Règle générale
8	Gestion publique
9	Intégralité
10	Universalité
11	Transférabilité
12	Accessibilité
	Contribution pécuniaire assujettie à des conditions
13	Obligations de la province
	Manquements
14	Renvoi au gouverneur en conseil
15	Décret de réduction ou de retenue
16	Nouvelle application des réductions ou retenues
17	Application aux exercices ultérieurs

Canada Health
TABLE OF PROVISIONS*Loi canadienne sur la santé*
TABLE ANALYTIQUE**Extra-billing and User Charges**

- 18** Extra-billing
- 19** User charges
- 20** Deduction for extra-billing
- 21** When deduction made

Regulations

- 22** Regulations

Report to Parliament

- 23** Annual report by Minister

Surfacturation et frais modérateurs

- 18** Surfacturation
- 19** Frais modérateurs
- 20** Déduction en cas de surfacturation
- 21** Application aux exercices ultérieurs

Règlements

- 22** Règlements

Rapport au Parlement

- 23** Rapport annuel du ministre



R.S.C., 1985, c. C-6

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 services

L.R.C., 1985, ch. 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

Préambule

Considérant que le Parlement du Canada reconnaît :

que le gouvernement du Canada n'entend pas par la présente loi abroger les pouvoirs, droits, privilèges ou autorités dévolus au Canada ou aux provinces sous le régime de la *Loi constitutionnelle de 1867* et de ses modifications ou à tout autre titre, ni leur déroger ou porter atteinte,

que les Canadiens ont fait des progrès remarquables, grâce à leur système de services de santé assurés, dans le traitement des maladies et le soulagement des affections et déficiences parmi toutes les catégories socio-économiques,

que les Canadiens peuvent encore améliorer leur bien-être en joignant à un mode de vie individuel axé sur la condition physique, la prévention des maladies et la promotion de la santé, une action collective contre les causes sociales, environnementales ou industrielles des maladies et qu'ils désirent un système de services de santé qui favorise la santé physique et mentale et la protection contre les maladies,

que les améliorations futures dans le domaine de la santé nécessiteront la coopération des gouvernements, des professionnels de la santé, des organismes bénévoles et des citoyens canadiens,

que l'accès continu à des soins de santé de qualité, sans obstacle financier ou autre, sera déterminant pour la conservation et l'amélioration de la santé et du bien-être des Canadiens;

throughout Canada by assisting the provinces in meeting the costs thereof;

NOW, THEREFORE, Her Majesty, by and with the advice and consent of the Senate and House of Commons of Canada, enacts as follows:

Short Title

Short title

1 This Act may be cited as the *Canada Health Act*.

1984, c. 6, s. 1.

Interpretation

Definitions

2 In this Act,

Act of 1977 [Repealed, 1995, c. 17, s. 34]

cash contribution means the cash contribution in respect of the Canada Health Transfer that may be provided to a province under sections 24.2 and 24.21 of the *Federal-Provincial Fiscal Arrangements Act*; (*contribution pécuniaire*)

contribution [Repealed, 1995, c. 17, s. 34]

dentist means a person lawfully entitled to practise dentistry in the place in which the practice is carried on by that person; (*dentiste*)

extended health care services means the following services, as more particularly defined in the regulations, provided for residents of a province, namely,

- (a) nursing home intermediate care service,
- (b) adult residential care service,
- (c) home care service, and
- (d) ambulatory health care service; (*services complémentaires de santé*)

extra-billing means the billing for an insured health service rendered to an insured person by a medical practitioner or a dentist in an amount in addition to any amount paid or to be paid for that service by the health care insurance plan of a province; (*surfacturation*)

health care insurance plan means, in relation to a province, a plan or plans established by the law of the

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 :

Titre abrégé

Titre abrégé

1 *Loi canadienne sur la santé*.

1984, ch. 6, art. 1.

Définitions

Définitions

2 Les définitions qui suivent s'appliquent à la présente loi.

assuré Habitant d'une province, à l'exception :

- a) des membres des Forces canadiennes;
- b) [Abrogé, 2012, ch. 19, art. 377]
- c) des personnes purgeant une peine d'emprisonnement dans un pénitencier, au sens de la Partie I de la *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition*;
- d) des habitants de la province qui s'y trouvent depuis une période de temps inférieure au délai minimal de résidence ou de carence d'au plus trois mois imposé aux habitants par la province pour qu'ils soient admissibles ou aient droit aux services de santé assurés. (*insured person*)

contribution [Abrogée, 1995, ch. 17, art. 34]

contribution pécuniaire La contribution au titre du Transfert canadien en matière de santé qui peut être versée à une province au titre des articles 24.2 et 24.21 de la *Loi sur les arrangements fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces*. (*cash contribution*)

dentiste Personne légalement autorisée à exercer la médecine dentaire au lieu où elle se livre à cet exercice. (*dentist*)

frais modérateurs Frais d'un service de santé assuré autorisés ou permis par un régime provincial d'assurance-santé mais non payables, soit directement

province to provide for insured health services; (*régime d'assurance-santé*)

health care practitioner means a person lawfully entitled under the law of a province to provide health services in the place in which the services are provided by that person; (*professionnel de la santé*)

hospital includes any facility or portion thereof that provides hospital care, including acute, rehabilitative or chronic care, but does not include

- (a) a hospital or institution primarily for the mentally disordered, or
- (b) a facility or portion thereof that provides nursing home intermediate care service or adult residential care service, or comparable services for children; (*hôpital*)

hospital services means any of the following services provided to in-patients or out-patients at a hospital, if the services are medically necessary for the purpose of maintaining health, preventing disease or diagnosing or treating an injury, illness or disability, namely,

- (a) accommodation and meals at the standard or public ward level and preferred accommodation if medically required,
- (b) nursing service,
- (c) laboratory, radiological and other diagnostic procedures, together with the necessary interpretations,
- (d) drugs, biologicals and related preparations when administered in the hospital,
- (e) use of operating room, case room and anaesthetic facilities, including necessary equipment and supplies,
- (f) medical and surgical equipment and supplies,
- (g) use of radiotherapy facilities,
- (h) use of physiotherapy facilities, and
- (i) services provided by persons who receive remuneration therefor from the hospital,

but does not include services that are excluded by the regulations; (*services hospitaliers*)

insured health services means hospital services, physician services and surgical-dental services provided to insured persons, but does not include any health services that a person is entitled to and eligible for under any

soit indirectement, au titre d'un régime provincial d'assurance-santé, à l'exception des frais imposés par surfacturation. (*user charge*)

habitant Personne domiciliée et résidant habituellement dans une province et légalement autorisée à être ou à rester au Canada, à l'exception d'une personne faisant du tourisme, de passage ou en visite dans la province. (*resident*)

hôpital Sont compris parmi les hôpitaux tout ou partie des établissements où sont fournis des soins hospitaliers, notamment aux personnes souffrant de maladie aiguë ou chronique ainsi qu'en matière de réadaptation, à l'exception :

- a) des hôpitaux ou institutions destinés principalement aux personnes souffrant de troubles mentaux;
- b) de tout ou partie des établissements où sont fournis des soins intermédiaires en maison de repos ou des soins en établissement pour adultes ou des soins comparables pour les enfants. (*hospital*)

loi de 1977 [Abrogée, 1995, ch. 17, art. 34]

médecin Personne légalement autorisée à exercer la médecine au lieu où elle se livre à cet exercice. (*medical practitioner*)

ministre Le ministre de la Santé. (*Minister*)

professionnel de la santé Personne légalement autorisée en vertu de la loi d'une province à fournir des services de santé au lieu où elle les fournit. (*health care practitioner*)

régime d'assurance-santé Le régime ou les régimes constitués par la loi d'une province en vue de la prestation de services de santé assurés. (*health care insurance plan*)

services complémentaires de santé Les services définis dans les règlements et offerts aux habitants d'une province, à savoir :

- a) les soins intermédiaires en maison de repos;
- b) les soins en établissement pour adultes;
- c) les soins à domicile;
- d) les soins ambulatoires. (*extended health care services*)

other Act of Parliament or under any Act of the legislature of a province that relates to workers' or workmen's compensation; (*services de santé assurés*)

insured person means, in relation to a province, a resident of the province other than

- (a) a member of the Canadian Forces,
- (b) [Repealed, 2012, c. 19, s. 377]
- (c) a person serving a term of imprisonment in a penitentiary as defined in Part I of the *Corrections and Conditional Release Act*, or
- (d) a resident of the province who has not completed such minimum period of residence or waiting period, not exceeding three months, as may be required by the province for eligibility for or entitlement to insured health services; (*assuré*)

medical practitioner means a person lawfully entitled to practise medicine in the place in which the practice is carried on by that person; (*médecin*)

Minister means the Minister of Health; (*ministre*)

physician services means any medically required services rendered by medical practitioners; (*services médicaux*)

resident means, in relation to a province, a person lawfully entitled to be or to remain in Canada who makes his home and is ordinarily present in the province, but does not include a tourist, a transient or a visitor to the province; (*habitant*)

surgical-dental services means any medically or dentally required surgical-dental procedures performed by a dentist in a hospital, where a hospital is required for the proper performance of the procedures; (*services de chirurgie dentaire*)

user charge means any charge for an insured health service that is authorized or permitted by a provincial health care insurance plan that is not payable, directly or indirectly, by a provincial health care insurance plan, but does not include any charge imposed by extra-billing. (*frais modérateurs*)

R.S., 1985, c. C-6, s. 2; 1992, c. 20, s. 216(F); 1995, c. 17, s. 34; 1996, c. 8, s. 32; 1999, c. 26, s. 11; 2012, c. 19, ss. 377, 407; 2017, c. 26, s. 11(E).

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. (*surgical-dental services*)

services de santé assurés Services hospitaliers, médicaux ou de chirurgie dentaire fournis aux assurés, à l'exception des services de santé auxquels une personne a droit ou est admissible en vertu d'une autre loi fédérale ou d'une loi provinciale relative aux accidents du travail. (*insured health services*)

services hospitaliers Services fournis dans un hôpital aux malades hospitalisés ou externes, si ces services sont médicalement nécessaires pour le maintien de la santé, la prévention des maladies ou le diagnostic ou le traitement des blessures, maladies ou invalidités, à savoir :

- a) l'hébergement et la fourniture des repas en salle commune ou, si médicalement nécessaire, en chambre privée ou semi-privée;
- b) les services infirmiers;
- c) les actes de laboratoires, de radiologie ou autres actes de diagnostic, ainsi que les interprétations nécessaires;
- d) les produits pharmaceutiques, substances biologiques et préparations connexes administrés à l'hôpital;
- e) l'usage des salles d'opération, des salles d'accouchement et des installations d'anesthésie, ainsi que le matériel et les fournitures nécessaires;
- f) le matériel et les fournitures médicaux et chirurgicaux;
- g) l'usage des installations de radiothérapie;
- h) l'usage des installations de physiothérapie;
- i) les services fournis par les personnes rémunérées à cet effet par l'hôpital.

Ne sont pas compris parmi les services hospitaliers les services exclus par les règlements. (*hospital services*)

services médicaux Services médicalement nécessaires fournis par un médecin. (*physician services*)

surfacturation Facturation de la prestation à un assuré par un médecin ou un dentiste d'un service de santé assuré, en excédent par rapport au montant payé ou à

Canadian Health Care Policy

Primary objective of Canadian health care policy

3 It is hereby declared that the primary objective of Canadian health care policy is to protect, promote and restore the physical and mental well-being of residents of Canada and to facilitate reasonable access to health services without financial or other barriers.

1984, c. 6, s. 3.

Purpose

Purpose of this Act

4 The purpose of this Act is to establish criteria and conditions in respect of insured health services and extended health care services provided under provincial law that must be met before a full cash contribution may be made.

R.S., 1985, c. C-6, s. 4; 1995, c. 17, s. 35.

Cash Contribution

Cash contribution

5 Subject to this Act, as part of the Canada Health Transfer, a full cash contribution is payable by Canada to each province for each fiscal year.

R.S., 1985, c. C-6, s. 5; 1995, c. 17, s. 36; 2012, c. 19, s. 408.

6 [Repealed, 1995, c. 17, s. 36]

Program Criteria

Program criteria

7 In order that a province may qualify for a full cash contribution referred to in section 5 for a fiscal year, the health care insurance plan of the province must, throughout the fiscal year, satisfy the criteria described in sections 8 to 12 respecting the following matters:

- (a) public administration;
- (b) comprehensiveness;
- (c) universality;
- (d) portability; and

payer pour la prestation de ce service au titre du régime provincial d'assurance-santé. (*extra-billing*)

L.R. (1985), ch. C-6, art. 2; 1992, ch. 20, art. 216(F); 1995, ch. 17, art. 34; 1996, ch. 8, art. 32; 1999, ch. 26, art. 11; 2012, ch. 19, art. 377 et 407; 2017, ch. 26, art. 11(A).

Politique canadienne de la santé

Objectif premier

3 La politique canadienne de la santé a pour premier objectif de protéger, de favoriser et d'améliorer le bien-être physique et mental des habitants du Canada et de faciliter un accès satisfaisant aux services de santé, sans obstacles d'ordre financier ou autre.

1984, ch. 6, art. 3.

Raison d'être

Raison d'être de la présente loi

4 La présente loi a pour raison d'être d'établir les conditions d'octroi et de versement d'une pleine contribution pécuniaire pour les services de santé assurés et les services complémentaires de santé fournis en vertu de la loi d'une province.

L.R. (1985), ch. C-6, art. 4; 1995, ch. 17, art. 35.

Contribution pécuniaire

Contribution pécuniaire

5 Sous réserve des autres dispositions de la présente loi, le Canada verse à chaque province, pour chaque exercice, une pleine contribution pécuniaire à titre d'élément du Transfert canadien en matière de santé (ci-après, « Transfert »).

L.R. (1985), ch. C-6, art. 5; 1995, ch. 17, art. 36; 2012, ch. 19, art. 408.

6 [Abrogé, 1995, ch. 17, art. 36]

Conditions d'octroi

Règle générale

7 Le versement à une province, pour un exercice, de la pleine contribution pécuniaire visée à l'article 5 est assujéti à l'obligation pour le régime d'assurance-santé de satisfaire, pendant tout cet exercice, aux conditions d'octroi énumérées aux articles 8 à 12 quant à :

- a) la gestion publique;
- b) l'intégralité;
- c) l'universalité;
- d) la transférabilité;

(e) accessibility.

1984, c. 6, s. 7.

Public administration**8 (1)** In order to satisfy the criterion respecting public administration,**(a)** the health care insurance plan of a province must be administered and operated on a non-profit basis by a public authority appointed or designated by the government of the province;**(b)** the public authority must be responsible to the provincial government for that administration and operation; and**(c)** the public authority must be subject to audit of its accounts and financial transactions by such authority as is charged by law with the audit of the accounts of the province.**Designation of agency permitted****(2)** The criterion respecting public administration is not contravened by reason only that the public authority referred to in subsection (1) has the power to designate any agency**(a)** to receive on its behalf any amounts payable under the provincial health care insurance plan; or**(b)** to carry out on its behalf any responsibility in connection with the receipt or payment of accounts rendered for insured health services, if it is a condition of the designation that all those accounts are subject to assessment and approval by the public authority and that the public authority shall determine the amounts to be paid in respect thereof.

1984, c. 6, s. 8.

Comprehensiveness**9** In order to satisfy the criterion respecting comprehensiveness, the health care insurance plan of a province must insure all insured health services provided by hospitals, medical practitioners or dentists, and where the law of the province so permits, similar or additional services rendered by other health care practitioners.

1984, c. 6, s. 9.

Universality**10** In order to satisfy the criterion respecting universality, the health care insurance plan of a province must entitle one hundred per cent of the insured persons of the**e)** l'accessibilité.

1984, ch. 6, art. 7.

Gestion publique**8 (1)** La condition de gestion publique suppose que :**a)** le régime provincial d'assurance-santé soit géré sans but lucratif par une autorité publique nommée ou désignée par le gouvernement de la province;**b)** l'autorité publique soit responsable devant le gouvernement provincial de cette gestion;**c)** l'autorité publique soit assujettie à la vérification de ses comptes et de ses opérations financières par l'autorité chargée par la loi de la vérification des comptes de la province.**Désignation d'un mandataire****(2)** La condition de gestion publique n'est pas enfreinte du seul fait que l'autorité publique visée au paragraphe (1) a le pouvoir de désigner un mandataire chargé :**a)** soit de recevoir en son nom les montants payables au titre du régime provincial d'assurance-santé;**b)** soit d'exercer en son nom les attributions liées à la réception ou au règlement des comptes remis pour prestation de services de santé assurés si la désignation est assujettie à la vérification et à l'approbation par l'autorité publique des comptes ainsi remis et à la détermination par celle-ci des montants à payer à cet égard.

1984, ch. 6, art. 8.

Intégralité**9** La condition d'intégralité suppose qu'au titre du régime provincial d'assurance-santé, tous les services de santé assurés fournis par les hôpitaux, les médecins ou les dentistes soient assurés, et lorsque la loi de la province le permet, les services semblables ou additionnels fournis par les autres professionnels de la santé.

1984, ch. 6, art. 9.

Universalité**10** La condition d'universalité suppose qu'au titre du régime provincial d'assurance-santé, cent pour cent des assurés de la province ait droit aux services de santé

province to the insured health services provided for by the plan on uniform terms and conditions.

1984, c. 6, s. 10.

Portability

11 (1) In order to satisfy the criterion respecting portability, the health care insurance plan of a province

(a) must not impose any minimum period of residence in the province, or waiting period, in excess of three months before residents of the province are eligible for or entitled to insured health services;

(b) must provide for and be administered and operated so as to provide for the payment of amounts for the cost of insured health services provided to insured persons while temporarily absent from the province on the basis that

(i) where the insured health services are provided in Canada, payment for health services is at the rate that is approved by the health care insurance plan of the province in which the services are provided, unless the provinces concerned agree to apportion the cost between them in a different manner, or

(ii) where the insured health services are provided out of Canada, payment is made on the basis of the amount that would have been paid by the province for similar services rendered in the province, with due regard, in the case of hospital services, to the size of the hospital, standards of service and other relevant factors; and

(c) must provide for and be administered and operated so as to provide for the payment, during any minimum period of residence, or any waiting period, imposed by the health care insurance plan of another province, of the cost of insured health services provided to persons who have ceased to be insured persons by reason of having become residents of that other province, on the same basis as though they had not ceased to be residents of the province.

Requirement for consent for elective insured health services permitted

(2) The criterion respecting portability is not contravened by a requirement of a provincial health care insurance plan that the prior consent of the public authority that administers and operates the plan must be obtained for elective insured health services provided to a resident of the province while temporarily absent from the province if the services in question were available on a substantially similar basis in the province.

assurés prévus par celui-ci, selon des modalités uniformes.

1984, ch. 6, art. 10.

Transférabilité

11 (1) La condition de transférabilité suppose que le régime provincial d'assurance-santé :

a) n'impose pas de délai minimal de résidence ou de carence supérieur à trois mois aux habitants de la province pour qu'ils soient admissibles ou aient droit aux services de santé assurés;

b) prévoit et que ses modalités d'application assurent le paiement des montants pour le coût des services de santé assurés fournis à des assurés temporairement absents de la province :

(i) si ces services sont fournis au Canada, selon le taux approuvé par le régime d'assurance-santé de la province où ils sont fournis, sauf accord de répartition différente du coût entre les provinces concernées,

(ii) s'il sont fournis à l'étranger, selon le montant qu'aurait versé la province pour des services semblables fournis dans la province, compte tenu, s'il s'agit de services hospitaliers, de l'importance de l'hôpital, de la qualité des services et des autres facteurs utiles;

c) prévoit et que ses modalités d'application assurent la prise en charge, pendant le délai minimal de résidence ou de carence imposé par le régime d'assurance-santé d'une autre province, du coût des services de santé assurés fournis aux personnes qui ne sont plus assurées du fait qu'elles habitent cette province, dans les mêmes conditions que si elles habitaient encore leur province d'origine.

Consentement préalable à la prestation des services de santé assurés facultatifs

(2) La condition de transférabilité n'est pas enfreinte du fait qu'il faut, aux termes du régime d'assurance-santé d'une province, le consentement préalable de l'autorité publique qui le gère pour la prestation de services de santé assurés facultatifs à un habitant temporairement absent de la province, si ces services y sont offerts selon des modalités sensiblement comparables.

Definition of elective insured health services

(3) For the purpose of subsection (2), **elective insured health services** means insured health services other than services that are provided in an emergency or in any other circumstance in which medical care is required without delay.

1984, c. 6, s. 11.

Accessibility

12 (1) In order to satisfy the criterion respecting accessibility, the health care insurance plan of a province

(a) must provide for insured health services on uniform terms and conditions and on a basis that does not impede or preclude, either directly or indirectly whether by charges made to insured persons or otherwise, reasonable access to those services by insured persons;

(b) must provide for payment for insured health services in accordance with a tariff or system of payment authorized by the law of the province;

(c) must provide for reasonable compensation for all insured health services rendered by medical practitioners or dentists; and

(d) must provide for the payment of amounts to hospitals, including hospitals owned or operated by Canada, in respect of the cost of insured health services.

Reasonable compensation

(2) In respect of any province in which extra-billing is not permitted, paragraph (1)(c) shall be deemed to be complied with if the province has chosen to enter into, and has entered into, an agreement with the medical practitioners and dentists of the province that provides

(a) for negotiations relating to compensation for insured health services between the province and provincial organizations that represent practising medical practitioners or dentists in the province;

(b) for the settlement of disputes relating to compensation through, at the option of the appropriate provincial organizations referred to in paragraph (a), conciliation or binding arbitration by a panel that is equally representative of the provincial organizations and 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.

Définition de services de santé assurés facultatifs

(3) Pour l'application du paragraphe (2), **services de santé assurés facultatifs** s'entend des services de santé assurés, à l'exception de ceux qui sont fournis d'urgence ou dans d'autres circonstances où des soins médicaux sont requis sans délai.

1984, ch. 6, art. 11.

Accessibilité

12 (1) La condition d'accessibilité suppose que le régime provincial d'assurance-santé :

a) offre les services de santé assurés selon des modalités uniformes et ne fasse pas obstacle, directement ou indirectement, et notamment par facturation aux assurés, à un accès satisfaisant par eux à ces services;

b) prévoit la prise en charge des services de santé assurés selon un tarif ou autre mode de paiement autorisé par la loi de la province;

c) prévoit une rémunération raisonnable de tous les services de santé assurés fournis par les médecins ou les dentistes;

d) prévoit le versement de montants aux hôpitaux, y compris les hôpitaux que possède ou gère le Canada, à l'égard du coût des services de santé assurés.

Rémunération raisonnable

(2) Pour toute province où la surfacturation n'est pas permise, il est réputé être satisfait à l'alinéa (1)c) si la province a choisi de conclure un accord et a effectivement conclu un accord avec ses médecins et dentistes prévoyant :

a) la tenue de négociations sur la rémunération des services de santé assurés entre la province et les organisations provinciales représentant les médecins ou dentistes qui exercent dans la province;

b) le règlement des différends concernant la rémunération par, au choix des organisations provinciales compétentes visées à l'alinéa a), soit la conciliation soit l'arbitrage obligatoire par un groupe représentant également les organisations provinciales et la province et ayant un président indépendant;

c) l'impossibilité de modifier la décision du groupe visé à l'alinéa b), sauf par une loi de la province.

1984, ch. 6, art. 12.

Conditions for Cash Contribution

Conditions

13 In order that a province may qualify for a full cash contribution referred to in section 5, the government of the province

(a) shall, at the times and in the manner prescribed by the regulations, provide the Minister with such information, of a type prescribed by the regulations, as the Minister may reasonably require for the purposes of this Act; and

(b) shall give recognition to the Canada Health Transfer in any public documents, or in any advertising or promotional material, relating to insured health services and extended health care services in the province.

R.S., 1985, c. C-6, s. 13; 1995, c. 17, s. 37; 2012, c. 19, s. 409(E).

Defaults

Referral to Governor in Council

14 (1) Subject to subsection (3), where the Minister, after consultation in accordance with subsection (2) with the minister responsible for health care in a province, is of the opinion that

(a) the health care insurance plan of the province does not or has ceased to satisfy any one of the criteria described in sections 8 to 12, or

(b) the province has failed to comply with any condition set out in section 13,

and the province has not given an undertaking satisfactory to the Minister to remedy the default within a period that the Minister considers reasonable, the Minister shall refer the matter to the Governor in Council.

Consultation process

(2) Before referring a matter to the Governor in Council under subsection (1) in respect of a province, the Minister shall

(a) send by registered mail to the minister responsible for health care in the province a notice of concern with respect to any problem foreseen;

(b) seek any additional information available from the province with respect to the problem through bilateral discussions, and make a report to the province within ninety days after sending the notice of concern; and

Contribution pécuniaire assujettie à des conditions

Obligations de la province

13 Le versement à une province de la pleine contribution pécuniaire visée à l'article 5 est assujetti à l'obligation pour le gouvernement de la province :

a) de communiquer au ministre, selon les modalités de temps et autres prévues par les règlements, les renseignements du genre prévu aux règlements, dont celui-ci peut normalement avoir besoin pour l'application de la présente loi;

b) de faire état du Transfert dans tout document public ou toute publicité sur les services de santé assurés et les services complémentaires de santé dans la province.

L.R. (1985), ch. C-6, art. 13; 1995, ch. 17, art. 37; 2012, ch. 19, art. 409(A).

Manquements

Renvoi au gouverneur en conseil

14 (1) Sous réserve du paragraphe (3), dans le cas où il estime, après avoir consulté conformément au paragraphe (2) son homologue chargé de la santé dans une province :

a) soit que le régime d'assurance-santé de la province ne satisfait pas ou plus aux conditions visées aux articles 8 à 12;

b) soit que la province ne s'est pas conformée aux conditions visées à l'article 13,

et que celle-ci ne s'est pas engagée de façon satisfaisante à remédier à la situation dans un délai suffisant, le ministre renvoie l'affaire au gouverneur en conseil.

Étapes de la consultation

(2) Avant de renvoyer une affaire au gouverneur en conseil conformément au paragraphe (1) relativement à une province, le ministre :

a) envoie par courrier recommandé à son homologue chargé de la santé dans la province un avis sur tout problème éventuel;

b) tente d'obtenir de la province, par discussions bilatérales, tout renseignement additionnel disponible sur le problème et fait rapport à la province dans les quatre-vingt-dix jours suivant l'envoi de l'avis;

(c) if requested by the province, meet within a reasonable period of time to discuss the report.

Where no consultation can be achieved

(3) The Minister may act without consultation under subsection (1) if the Minister is of the opinion that a sufficient time has expired after reasonable efforts to achieve consultation and that consultation will not be achieved.

1984, c. 6, s. 14.

Order reducing or withholding contribution

15 (1) Where, on the referral of a matter under section 14, the Governor in Council is of the opinion that the health care insurance plan of a province does not or has ceased to satisfy any one of the criteria described in sections 8 to 12 or that a province has failed to comply with any condition set out in section 13, the Governor in Council may, by order,

(a) direct that any cash contribution to that province for a fiscal year be reduced, in respect of each default, by an amount that the Governor in Council considers to be appropriate, having regard to the gravity of the default; or

(b) where the Governor in Council considers it appropriate, direct that the whole of any cash contribution to that province for a fiscal year be withheld.

Amending orders

(2) The Governor in Council may, by order, repeal or amend any order made under subsection (1) where the Governor in Council is of the opinion that the repeal or amendment is warranted in the circumstances.

Notice of order

(3) A copy of each order made under this section together with a statement of any findings on which the order was based shall be sent forthwith by registered mail to the government of the province concerned and the Minister shall cause the order and statement to be laid before each House of Parliament on any of the first fifteen days on which that House is sitting after the order is made.

Commencement of order

(4) An order made under subsection (1) shall not come into force earlier than thirty days after a copy of the order has been sent to the government of the province concerned under subsection (3).

R.S., 1985, c. C-6, s. 15; 1995, c. 17, s. 38.

(c) si la province le lui demande, tient une réunion dans un délai acceptable afin de discuter du rapport.

Impossibilité de consultation

(3) Le ministre peut procéder au renvoi prévu au paragraphe (1) sans consultation préalable s'il conclut à l'impossibilité d'obtenir cette consultation malgré des efforts sérieux déployés à cette fin au cours d'un délai convenable.

1984, ch. 6, art. 14.

Décret de réduction ou de retenue

15 (1) Si l'affaire lui est renvoyée en vertu de l'article 14 et qu'il estime que le régime d'assurance-santé de la province ne satisfait pas ou plus aux conditions visées aux articles 8 à 12 ou que la province ne s'est pas conformée aux conditions visées à l'article 13, le gouverneur en conseil peut, par décret :

a) soit ordonner, pour chaque manquement, que la contribution pécuniaire d'un exercice à la province soit réduite du montant qu'il estime indiqué, compte tenu de la gravité du manquement;

b) soit, s'il l'estime indiqué, ordonner la retenue de la totalité de la contribution pécuniaire d'un exercice à la province.

Modification des décrets

(2) Le gouverneur en conseil peut, par décret, annuler ou modifier un décret pris en vertu du paragraphe (1) s'il l'estime justifié dans les circonstances.

Avis

(3) Le texte de chaque décret pris en vertu du présent article de même qu'un exposé des motifs sur lesquels il est fondé sont envoyés sans délai par courrier recommandé au gouvernement de la province concernée; le ministre fait déposer le texte du décret et celui de l'exposé devant chaque chambre du Parlement dans les quinze premiers jours de séance de celle-ci suivant la prise du décret.

Entrée en vigueur du décret

(4) Un décret pris en vertu du paragraphe (1) ne peut entrer en vigueur que trente jours après l'envoi au gouvernement de la province concernée du texte du décret aux termes du paragraphe (3).

L.R. (1985), ch. C-6, art. 15; 1995, ch. 17, art. 38.

Reimposition of reductions or withholdings

16 In the case of a continuing failure to satisfy any of the criteria described in sections 8 to 12 or to comply with any condition set out in section 13, any reduction or withholding under section 15 of a cash contribution to a province for a fiscal year shall be reimposed for each succeeding fiscal year as long as the Minister is satisfied, after consultation with the minister responsible for health care in the province, that the default is continuing.

R.S., 1985, c. C-6, s. 16; 1995, c. 17, s. 39.

When reduction or withholding imposed

17 Any reduction or withholding under section 15 or 16 of a cash contribution may be imposed in the fiscal year in which the default that gave rise to the reduction or withholding occurred or in the following fiscal year.

R.S., 1985, c. C-6, s. 17; 1995, c. 17, s. 39.

Extra-billing and User Charges

Extra-billing

18 In order that a province may qualify for a full cash contribution referred to in section 5 for a fiscal year, no payments may be permitted by the province for that fiscal year under the health care insurance plan of the province in respect of insured health services that have been subject to extra-billing by medical practitioners or dentists.

1984, c. 6, s. 18.

User charges

19 (1) In order that a province may qualify for a full cash contribution referred to in section 5 for a fiscal year, user charges must not be permitted by the province for that fiscal year under the health care insurance plan of the province.

Limitation

(2) Subsection (1) does not apply in respect of user charges for accommodation or meals provided to an inpatient who, in the opinion of the attending physician, requires chronic care and is more or less permanently resident in a hospital or other institution.

1984, c. 6, s. 19.

Deduction for extra-billing

20 (1) Where a province fails to comply with the condition set out in section 18, there shall be deducted from the cash contribution to the province for a fiscal year an amount that the Minister, on the basis of information

Nouvelle application des réductions ou retenues

16 En cas de manquement continu aux conditions visées aux articles 8 à 12 ou à l'article 13, les réductions ou retenues de la contribution pécuniaire à une province déjà appliquées pour un exercice en vertu de l'article 15 lui sont appliquées de nouveau pour chaque exercice ultérieur où le ministre estime, après consultation de son homologue chargé de la santé dans la province, que le manquement se continue.

L.R. (1985), ch. C-6, art. 16; 1995, ch. 17, art. 39.

Application aux exercices ultérieurs

17 Toute réduction ou retenue d'une contribution pécuniaire visée aux articles 15 ou 16 peut être appliquée pour l'exercice où le manquement à son origine a eu lieu ou pour l'exercice suivant.

L.R. (1985), ch. C-6, art. 17; 1995, ch. 17, art. 39.

Surfacturation et frais modérateurs

Surfacturation

18 Une province n'a droit, pour un exercice, à la pleine contribution pécuniaire visée à l'article 5 que si, aux termes de son régime d'assurance-santé, elle ne permet pas pour cet exercice le versement de montants à l'égard des services de santé assurés qui ont fait l'objet de surfacturation par les médecins ou les dentistes.

1984, ch. 6, art. 18.

Frais modérateurs

19 (1) Une province n'a droit, pour un exercice, à la pleine contribution pécuniaire visée à l'article 5 que si, aux termes de son régime d'assurance-santé, elle ne permet pour cet exercice l'imposition d'aucuns frais modérateurs.

Réserve

(2) Le paragraphe (1) ne s'applique pas aux frais modérateurs imposés pour l'hébergement ou les repas fournis à une personne hospitalisée qui, de l'avis du médecin traitant, souffre d'une maladie chronique et séjourne de façon plus ou moins permanente à l'hôpital ou dans une autre institution.

1984, ch. 6, art. 19.

Déduction en cas de surfacturation

20 (1) Dans le cas où une province ne se conforme pas à la condition visée à l'article 18, il est déduit de la contribution pécuniaire à cette dernière pour un exercice un montant, déterminé par le ministre d'après les

provided in accordance with the regulations, determines to have been charged through extra-billing by medical practitioners or dentists in the province in that fiscal year or, where information is not provided in accordance with the regulations, an amount that the Minister estimates to have been so charged.

Deduction for user charges

(2) Where a province fails to comply with the condition set out in section 19, there shall be deducted from the cash contribution to the province for a fiscal year an amount that the Minister, on the basis of information provided in accordance with the regulations, determines to have been charged in the province in respect of user charges to which section 19 applies in that fiscal year or, where information is not provided in accordance with the regulations, an amount that the Minister estimates to have been so charged.

Consultation with province

(3) The Minister shall not estimate an amount under subsection (1) or (2) without first undertaking to consult the minister responsible for health care in the province concerned.

Separate accounting in Public Accounts

(4) Any amount deducted under subsection (1) or (2) from a cash contribution in any of the three consecutive fiscal years the first of which commences on April 1, 1984 shall be accounted for separately in respect of each province in the Public Accounts for each of those fiscal years in and after which the amount is deducted.

Refund to province

(5) Where, in any of the three fiscal years referred to in subsection (4), extra-billing or user charges have, in the opinion of the Minister, been eliminated in a province, the total amount deducted in respect of extra-billing or user charges, as the case may be, shall be paid to the province.

Saving

(6) Nothing in this section restricts the power of the Governor in Council to make any order under section 15.

1984, c. 6, s. 20.

When deduction made

21 Any deduction from a cash contribution under section 20 may be made in the fiscal year in which the matter that gave rise to the deduction occurred or in the following two fiscal years.

1984, c. 6, s. 21.

renseignements fournis conformément aux règlements, égal au total de la surfacturation effectuée par les médecins ou les dentistes dans la province pendant l'exercice ou, si les renseignements n'ont pas été fournis conformément aux règlements, un montant estimé par le ministre égal à ce total.

Déduction en cas de frais modérateurs

(2) Dans le cas où une province ne se conforme pas à la condition visée à l'article 19, il est déduit de la contribution pécuniaire à cette dernière pour un exercice un montant, déterminé par le ministre d'après les renseignements fournis conformément aux règlements, égal au total des frais modérateurs assujettis à l'article 19 imposés dans la province pendant l'exercice ou, si les renseignements n'ont pas été fournis conformément aux règlements, un montant estimé par le ministre égal à ce total.

Consultation de la province

(3) Avant d'estimer un montant visé au paragraphe (1) ou (2), le ministre se charge de consulter son homologue responsable de la santé dans la province concernée.

Comptabilisation

(4) Les montants déduits d'une contribution pécuniaire en vertu des paragraphes (1) ou (2) pendant les trois exercices consécutifs dont le premier commence le 1^{er} avril 1984 sont comptabilisés séparément pour chaque province dans les comptes publics pour chacun de ces exercices pendant et après lequel le montant a été déduit.

Remboursement à la province

(5) Si, de l'avis du ministre, la surfacturation ou les frais modérateurs ont été supprimés dans une province pendant l'un des trois exercices visés au paragraphe (4), il est versé à cette dernière le montant total déduit à l'égard de la surfacturation ou des frais modérateurs, selon le cas.

Réserve

(6) Le présent article n'a pas pour effet de limiter le pouvoir du gouverneur en conseil de prendre le décret prévu à l'article 15.

1984, ch. 6, art. 20.

Application aux exercices ultérieurs

21 Toute déduction d'une contribution pécuniaire visée à l'article 20 peut être appliquée pour l'exercice où le fait à son origine a eu lieu ou pour les deux exercices suivants.

1984, ch. 6, art. 21.

Regulations

Regulations

22 (1) Subject to this section, the Governor in Council may make regulations for the administration of this Act and for carrying its purposes and provisions into effect, including, without restricting the generality of the foregoing, regulations

(a) defining the services referred to in paragraphs (a) to (d) of the definition *extended health care services* in section 2;

(b) prescribing the services excluded from hospital services;

(c) prescribing the types of information that the Minister may require under paragraph 13(a) and the times at which and the manner in which that information shall be provided; and

(d) prescribing the manner in which recognition to the Canada Health Transfer is required to be given under paragraph 13(b).

Agreement of provinces

(2) Subject to subsection (3), no regulation may be made under paragraph (1)(a) or (b) except with the agreement of each of the provinces.

Exception

(3) Subsection (2) does not apply in respect of regulations made under paragraph (1)(a) if they are substantially the same as regulations made under the *Federal-Provincial Fiscal Arrangements Act*, as it read immediately before April 1, 1984.

Consultation with provinces

(4) No regulation may be made under paragraph (1)(c) or (d) unless the Minister has first consulted with the ministers responsible for health care in the provinces.

R.S., 1985, c. C-6, s. 22; 1995, c. 17, s. 40; 2012, c. 19, s. 410(E).

Report to Parliament

Annual report by Minister

23 The Minister shall, as soon as possible after the termination of each fiscal year and in any event not later than December 31 of the next fiscal year, make a report respecting the administration and operation of this Act for that fiscal year, including all relevant information on the extent to which provincial health care insurance

Règlements

Règlements

22 (1) Sous réserve des autres dispositions du présent article, le gouverneur en conseil peut, par règlement, prendre toute mesure d'application de la présente loi et, notamment :

a) définir les services visés aux alinéas a) à d) de la définition de *services complémentaires de santé* à l'article 2;

b) déterminer les services exclus des services hospitaliers;

c) déterminer les genres de renseignements dont peut avoir besoin le ministre en vertu de l'alinéa 13a) et fixer les modalités de temps et autres de leur communication;

d) prévoir la façon dont il doit être fait état du Transfert en vertu de l'alinéa 13b).

Consentement des provinces

(2) Sous réserve du paragraphe (3), il ne peut être pris de règlements en vertu des alinéas (1)a) ou b) qu'avec l'accord de chaque province.

Exception

(3) Le paragraphe (2) ne s'applique pas aux règlements pris en vertu de l'alinéa (1)a) s'ils sont sensiblement comparables aux règlements pris en vertu de la *Loi sur les arrangements fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces*, dans sa version précédant immédiatement le 1^{er} avril 1984.

Consultation des provinces

(4) Il ne peut être pris de règlements en vertu des alinéas (1)c) ou d) que si le ministre a au préalable consulté ses homologues chargés de la santé dans les provinces.

L.R. (1985), ch. C-6, art. 22; 1995, ch. 17, art. 40; 2012, ch. 19, art. 410(A).

Rapport au Parlement

Rapport annuel du ministre

23 Au plus tard pour le 31 décembre de chaque année, le ministre établit dans les meilleurs délais un rapport sur l'application de la présente loi au cours du précédent exercice, en y incluant notamment tous les renseignements pertinents sur la mesure dans laquelle les régimes provinciaux d'assurance-santé et les

Canada Health
Report to Parliament
Section 23

plans have satisfied the criteria, and the extent to which the provinces have satisfied the conditions, for payment under this Act and shall cause the report to be laid before each House of Parliament on any of the first fifteen days on which that House is sitting after the report is completed.

1984, c. 6, s. 23.

Santé
Rapport au Parlement
Article 23

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.

1984, ch. 6, art. 23.



CANADA

CONSOLIDATION

CODIFICATION

Extra-billing and User Charges Information Regulations

Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs

SOR/86-259

DORS/86-259

Current to December 22, 2019

À jour au 22 décembre 2019

Published by the Minister of Justice at the following address:
<http://laws-lois.justice.gc.ca>

Publié par le ministre de la Justice à l'adresse suivante :
<http://lois-laws.justice.gc.ca>

OFFICIAL STATUS OF CONSOLIDATIONS

Subsections 31(1) and (3) of the *Legislation Revision and Consolidation Act*, in force on June 1, 2009, provide as follows:

Published consolidation is evidence

31 (1) Every copy of a consolidated statute or consolidated regulation published by the Minister under this Act in either print or electronic form is evidence of that statute or regulation and of its contents and every copy purporting to be published by the Minister is deemed to be so published, unless the contrary is shown.

...

Inconsistencies in regulations

(3) In the event of an inconsistency between a consolidated regulation published by the Minister under this Act and the original regulation or a subsequent amendment as registered by the Clerk of the Privy Council under the *Statutory Instruments Act*, the original regulation or amendment prevails to the extent of the inconsistency.

LAYOUT

The notes that appeared in the left or right margins are now in boldface text directly above the provisions to which they relate. They form no part of the enactment, but are inserted for convenience of reference only.

NOTE

This consolidation is current to December 22, 2019. Any amendments that were not in force as of December 22, 2019 are set out at the end of this document under the heading “Amendments Not in Force”.

CARACTÈRE OFFICIEL DES CODIFICATIONS

Les paragraphes 31(1) et (3) de la *Loi sur la révision et la codification des textes législatifs*, en vigueur le 1^{er} juin 2009, prévoient ce qui suit :

Codifications comme élément de preuve

31 (1) Tout exemplaire d'une loi codifiée ou d'un règlement codifié, publié par le ministre en vertu de la présente loi sur support papier ou sur support électronique, fait foi de cette loi ou de ce règlement et de son contenu. Tout exemplaire donné comme publié par le ministre est réputé avoir été ainsi publié, sauf preuve contraire.

[...]

Incompatibilité – règlements

(3) Les dispositions du règlement d'origine avec ses modifications subséquentes enregistrées par le greffier du Conseil privé en vertu de la *Loi sur les textes réglementaires* l'emportent sur les dispositions incompatibles du règlement codifié publié par le ministre en vertu de la présente loi.

MISE EN PAGE

Les notes apparaissant auparavant dans les marges de droite ou de gauche se retrouvent maintenant en caractères gras juste au-dessus de la disposition à laquelle elles se rattachent. Elles ne font pas partie du texte, n'y figurant qu'à titre de repère ou d'information.

NOTE

Cette codification est à jour au 22 décembre 2019. Toutes modifications qui n'étaient pas en vigueur au 22 décembre 2019 sont énoncées à la fin de ce document sous le titre « Modifications non en vigueur ».

TABLE OF PROVISIONS

Regulations Prescribing the Types of Information that the Minister of National Health and Welfare may Require under Paragraph 13(a) of the Canada Health Act in Respect of Extra-Billing and User Charges and the Times at which and the Manner in which such Information shall be Provided by the Government of each Province

- 1 Short Title
- 2 Interpretation
- 3 Types of Information
- 5 Times and Manner of Filing Information

TABLE ANALYTIQUE

Règlement déterminant les genres de renseignements dont peut avoir besoin le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social en vertu de l'alinéa 13a) de la Loi canadienne sur la santé quant à la surfacturation et aux frais modérateurs et fixant les modalités de temps et les autres modalités de leur communication par le gouvernement de chaque province

- 1 Titre abrégé
- 2 Définitions
- 3 Genre de renseignements
- 5 Communication de renseignements

Registration
SOR/86-259 February 27, 1986

CANADA HEALTH ACT

Extra-billing and User Charges Information Regulations

P.C. 1986-499 February 27, 1986

Whereas the Minister of National Health and Welfare has consulted with the Ministers responsible for health care in the provinces respecting proposed *Regulations prescribing the types of information that the Minister may require under paragraph 13(a) of the Canada Health Act in respect of extra-billing and user charges and the times at which and the manner in which such information shall be provided by the government of each province.*

Therefore, Her Excellency the Governor General in Council, on the recommendation of the Minister of National Health and Welfare, pursuant to paragraph 22(1)(c) of the *Canada Health Act*^{*}, is pleased hereby to make the annexed *Regulations prescribing the types of information that the Minister of National Health and Welfare may require under paragraph 13(a) of the Canada Health Act in respect of extra-billing and user charges and the times at which and the manner in which such information shall be provided by the government of each province, effective April 1, 1986.*

Enregistrement
DORS/86-259 Le 27 février 1986

LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ

Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs

C.P. 1986-499 Le 27 février 1986

Vu que le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social a consulté ses homologues chargés de la santé dans les provinces quant au projet de *Règlement déterminant les genres de renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs dont peut avoir besoin le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social en vertu de l'alinéa 13a) de la Loi canadienne sur la santé quant à la surfacturation et aux frais modérateurs et fixant les modalités de temps et les autres modalités de leur communication par le gouvernement de chaque province;*

À ces causes, sur avis conforme du ministre de la Santé nationale et du Bien-être social et en vertu de l'alinéa 22(1)c) de la *Loi canadienne sur la santé*^{*}, il plaît à Son Excellence le Gouverneur général en conseil de prendre, à compter du 1^{er} avril 1986, le *Règlement déterminant les genres de renseignements dont peut avoir besoin le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social en vertu de l'alinéa 13a) de la Loi canadienne sur la santé quant à la surfacturation et aux frais modérateurs et fixant les modalités de temps et les autres modalités de leur communication par le gouvernement de chaque province, ci-après.*

^{*} S.C. 1984, c. 6

^{*} S.C. 1984, ch. 6

Regulations Prescribing the Types of Information that the Minister of National Health and Welfare may Require under Paragraph 13(a) of the Canada Health Act in Respect of Extra-Billing and User Charges and the Times at which and the Manner in which such Information shall be Provided by the Government of each Province

Règlement déterminant les genres de renseignements dont peut avoir besoin le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social en vertu de l'alinéa 13a) de la Loi canadienne sur la santé quant à la surfacturation et aux frais modérateurs et fixant les modalités de temps et les autres modalités de leur communication par le gouvernement de chaque province

Short Title

1 These Regulations may be cited as the *Extra-billing and User Charges Information Regulations*.

Titre abrégé

1 *Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs.*

Interpretation

2 In these Regulations,

Act means the *Canada Health Act*; (*Loi*)

Minister means the Minister of National Health and Welfare; (*ministre*)

fiscal year means the period beginning on April 1 in one year and ending on March 31 in the following year. (*exercice*)

Définitions

2 Les définitions qui suivent s'appliquent au présent règlement.

exercice La période commençant le 1^{er} avril d'une année et se terminant le 31 mars de l'année suivante. (*fiscal year*)

Loi La *Loi canadienne sur la santé*. (*Act*)

ministre Le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social. (*Minister*)

Types of Information

3 For the purposes of paragraph 13(a) of the Act, the Minister may require the government of a province to provide the Minister with information of the following types with respect to extra-billing in the province in a fiscal year:

(a) an estimate of the aggregate amount that, at the time the estimate is made, is expected to be charged through extra-billing, including an explanation regarding the method of determination of the estimate; and

(b) a financial statement showing the aggregate amount actually charged through extra-billing, including an explanation regarding the method of determination of the aggregate amount.

4 For the purposes of paragraph 13(a) of the Act, the Minister may require the government of a province to

Genre de renseignements

3 Pour l'application de l'alinéa 13a) de la Loi, le ministre peut exiger que le gouvernement d'une province lui fournisse les renseignements suivants sur les montants de la surfacturation pratiquée dans la province au cours d'un exercice :

a) une estimation du montant total de la surfacturation, à la date de l'estimation, accompagnée d'une explication de la façon dont cette estimation a été obtenue;

b) un état financier indiquant le montant total de la surfacturation effectivement imposée, accompagné d'une explication de la façon dont cet état a été établi.

4 Pour l'application de l'alinéa 13a) de la Loi, le ministre peut exiger que le gouvernement d'une province lui

provide the Minister with information of the following types with respect to user charges in the province in a fiscal year:

(a) an estimate of the aggregate amount that, at the time the estimate is made, is expected to be charged in respect of user charges to which section 19 of the Act applies, including an explanation regarding the method of determination of the estimate; and

(b) a financial statement showing the aggregate amount actually charged in respect of user charges to which section 19 of the Act applies, including an explanation regarding the method of determination of the aggregate amount.

Times and Manner of Filing Information

5 (1) The government of a province shall provide the Minister with such information, of the types prescribed by sections 3 and 4, as the Minister may reasonably require, at the following times:

(a) in respect of the estimates referred to in paragraphs 3(a) and 4(a), before April 1 of the fiscal year to which they relate; and

(b) in respect of the financial statements referred to in paragraphs 3(b) and 4(b), before the sixteenth day of the twenty-first month following the end of the fiscal year to which they relate.

(2) The government of a province may, at its discretion, provide the Minister with adjustments to the estimates referred to in paragraphs 3(a) and 4(a) before February 16 of the fiscal year to which they relate.

(3) The information referred to in subsections (1) and (2) shall be transmitted to the Minister by the most practical means of communication.

fournisse les renseignements suivants sur les montants des frais modérateurs imposés dans la province au cours d'un exercice :

a) une estimation du montant total, à la date de l'estimation, des frais modérateurs visés à l'article 19 de la Loi, accompagnée d'une explication de la façon dont cette estimation a été obtenue;

b) un état financier indiquant le montant total des frais modérateurs visés à l'article 19 de la Loi effectivement imposés dans la province, accompagné d'une explication de la façon dont le bilan a été établi.

Communication de renseignements

5 (1) Le gouvernement d'une province doit communiquer au ministre les renseignements visés aux articles 3 et 4, dont le ministre peut normalement avoir besoin, selon l'échéancier suivant :

a) pour les estimations visées aux alinéas 3a) et 4a), avant le 1^{er} avril de l'exercice visé par ces estimations;

b) pour les états financiers visés aux alinéas 3b) et 4b), avant le seizième jour du vingt et unième mois qui suit la fin de l'exercice visé par ces états.

(2) Le gouvernement d'une province peut, à sa discrétion, fournir au ministre des ajustements aux estimations prévues aux alinéas 3a) et 4a), avant le 16 février de l'année financière visée par ces estimations.

(3) Les renseignements visés aux paragraphes (1) et (2) doivent être expédiés au ministre par le moyen de communication le plus pratique.

ANNEXE B

LETTRES D'INTERPRÉTATION DES POLITIQUES

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

[Voici le texte de la lettre envoyée le 15 juillet 1985 au ministre des Affaires sociales du Québec par l'honorable Jake Epp, ministre de la Santé et du Bien-être social. (Nota : le ministre Epp a envoyé une lettre identique en anglais aux autres ministres provinciaux et territoriaux de la Santé le 18 juin 1985.)]

Le 15 juillet 1985
OTTAWA, K1A 0K9

Monsieur le Ministre,

Maintenant que j'ai terminé ma ronde de consultations bilatérales au cours des derniers mois avec les ministres provinciaux et territoriaux de la Santé, de même que lors de la rencontre de Winnipeg les 16 et 17 mai, j'aimerais confirmer mes intentions relativement à l'interprétation et à la mise en œuvre de la *Loi canadienne sur la santé*. J'apprécierais plus particulièrement que vous me fassiez connaître par écrit vos vues au sujet des projets de règlements ci-joints afin que je puisse prendre les mesures nécessaires pour assurer leur promulgation dès que possible. Aussi, je vous écrirai plus longuement concernant les informations dont j'aurai besoin pour préparer le rapport annuel que je dois soumettre au Parlement.

Tel que souligné lors de notre réunion à Winnipeg, j'entends respecter la compétence des provinces pour tout ce qui touche à la santé et à la prestation des services de santé. Je sais, par conviction et par expérience, qu'on peut accomplir davantage dans l'harmonie et la collaboration que dans la discorde et l'affrontement.

En ce qui a trait à la *Loi canadienne sur la santé*, la conclusion qui s'impose à moi, à la suite de nos entretiens, c'est que nous sommes tous au même titre les dépositaires de la confiance du public et que nous nous sommes tous promis de conserver un système d'assurance-santé universel, complet, accessible et transférable, géré par un organisme public à l'avantage de tous les habitants du Canada, et que nous allons l'améliorer si c'est possible.

Nos échanges ont renforcé la conviction que j'avais déjà, à savoir que vous avez besoin de suffisamment de latitude et de souplesse administrative pour faire fonctionner vos régimes d'assurance-santé. Vous connaissez bien mieux que moi les besoins et les priorités des habitants de vos provinces par rapport aux facteurs géographiques et économiques. Il est essentiel, par ailleurs, que les provinces assument la responsabilité qui leur incombe en premier d'assurer les services de santé.

J'ai eu en même temps le sentiment que les provinces désirent que le gouvernement fédéral continue de jouer un rôle concret, tant sur le plan monétaire qu'autrement, afin de les aider dans leurs efforts pour tenter de réaliser les objectifs fondamentaux du système de soins : protéger, favoriser et restaurer le bien-être physique et mental des Canadiens. En tant que groupe, les ministres provinciaux et territoriaux de la Santé acceptent l'existence d'une association coopérative avec le gouvernement fédéral basée d'abord sur les contributions que ce dernier verse au titre des soins et des services complémentaires de santé assurés.

Je dirais peut-être aussi que la *Loi canadienne sur la santé* ne constitue pas la réponse aux défis devant lesquels nous nous trouvons pour ce qui est de l'appareil de santé. Il me tarde de travailler avec vous dans un esprit de collaboration afin que nous puissions relever des défis comme l'évolution rapide de la technologie médicale et le vieillissement de la population, et que nous arrivions à définir des stratégies de promotion de la santé ainsi que d'autres formules pour assurer les soins.

Pour revenir à la tâche immédiate que représente l'application de la *Loi canadienne sur la santé*, je veux établir quelques énoncés raisonnablement complets de politique générale fédérale, à commencer par chacun des critères contenus dans la mesure législative.

GESTION PUBLIQUE

Le critère de la gestion publique est généralement accepté. Le but est de laisser la gestion des régimes provinciaux d'assurance-santé à une autorité publique, responsable devant le gouvernement provincial des décisions prises au sujet des seuils de prestations et des services, et assujettie à la vérification de ses dossiers et de ses comptes par une autorité publique.

INTÉGRALITÉ

La *Loi canadienne sur la santé* n'a pas pour but d'étendre ou de réduire la gamme de services assurés prévue dans l'ancienne législation fédérale. Sont compris dans les services assurés les soins hospitaliers nécessaires de l'avis d'un médecin, les services médicaux et les services de chirurgie dentaire qui doivent obligatoirement être dispensés à l'hôpital. Les régimes provinciaux doivent couvrir le coût des services aux malades hospitalisés et des services aux malades externes associés à la prestation des soins actifs, des soins de réadaptation et des soins aux malades chroniques. Pour ce qui est des services médicaux, les services assurés englobent généralement les services exigés pour des raisons médicales dispensés par des médecins autorisés de même que les interventions de chirurgie dentaire qui exigent l'hôpital pour être pratiquées comme il se doit. Les services dispensés par les autres professionnels des soins, sauf ceux qui doivent fournir les services hospitaliers nécessaires, ne sont pas assujettis aux critères de la loi.

À l'intérieur de ces paramètres généraux, les provinces, de même que les médecins, ont le privilège et aussi la responsabilité de dire en quoi consistent les services médicaux nécessaires pour des raisons médicales. Ce sont aussi les provinces qui déterminent quels hôpitaux et quels services hospitaliers sont exigés pour fournir les soins actifs, les soins de réadaptation ou les soins aux malades chroniques.

UNIVERSALITÉ

Le but de la *Loi canadienne sur la santé* est de garantir que tous les habitants reconnus d'une province ont droit à la protection et aux prestations en vertu d'un des douze régimes provinciaux ou territoriaux d'assurance-santé. Cependant les résidents éligibles ont la latitude et peuvent élire de ne pas adhérer au régime provincial.

L'accord sur l'admissibilité et la transférabilité fournit des directives utiles pour établir le domicile et déterminer les modalités qui permettent d'obtenir et de conserver la protection. Les dispositions en sont compatibles avec celles de la loi.

Je veux dire quelques mots au sujet des primes. Les provinces ont incontestablement le droit de prélever des impôts et la *Loi canadienne sur la santé* n'entrave pas ce droit. La loi n'interdit pas le système de primes en soi, pourvu que le régime provincial d'assurance-santé soit appliqué et géré de manière à ne pas refuser la protection ou empêcher l'accès aux services hospitaliers et aux services médicaux nécessaires pour les habitants reconnus d'une province. Les modalités administratives devraient être telles que les habitants ne soient pas privés de la protection parce qu'ils sont incapables de payer les primes.

Je suis conscient des problèmes auxquels font face certaines provinces dans le cas des touristes et des visiteurs qui peuvent avoir besoin de services de santé pendant leur séjour au Canada. Avec mes collègues du Cabinet, le ministre des Affaires extérieures et la ministre de l'emploi et de l'Immigration, je veux effectuer un examen de ce qui se fait actuellement pour que tous les moyens soient pris afin d'informer les visiteurs éventuels de la nécessité de se protéger en se procurant une assurance-santé suffisante avant d'entrer au Canada.

En somme, je crois qu'en notre qualité de ministres de la Santé, nous avons tous l'obligation de poursuivre l'objectif, autrement dit, faire en sorte que toutes les personnes dûment domiciliées dans une province obtiennent et conservent le droit aux services assurés, et cela selon des modalités uniformes.

TRANSFÉRABILITÉ

Les dispositions de la *Loi canadienne sur la santé* relatives à la transférabilité visent à fournir aux assurés une protection ininterrompue en vertu de leur régime d'assurance-santé quand ils s'absentent temporairement de la province où ils sont domiciliés ou quand ils se déplacent d'une province à une autre. Pendant un séjour temporaire dans une autre province, les habitants reconnus d'une province ne devraient pas être obligés de payer de leur poche pour obtenir les services hospitaliers ou médicaux nécessaires. Les fournisseurs de soins devraient avoir l'assurance de toucher des montants raisonnables à l'égard du coût de ces services.

Quant aux services assurés reçus pendant un séjour à l'étranger, le but est de garantir une indemnisation raisonnable au titre des services hospitaliers ou médicaux d'urgence qui sont nécessaires ou des services prescrits qui n'existent pas dans une province ou dans les provinces voisines. En général, les formules de paiement rattachées aux indemnités qui auraient été versées au titre des mêmes services dispensés dans une province pourraient être acceptées pour les besoins de la *Loi canadienne sur la santé*.

Dans mes entretiens avec les ministres provinciaux et territoriaux, j'ai senti un désir d'arriver aux objectifs souhaités en matière de transférabilité et de réduire au minimum les difficultés que les Canadiens peuvent rencontrer quand ils se déplacent au Canada. Je crois que les ministres de la Santé des provinces et des territoires sont tous désireux de voir à ce que ces services soient fournis de façon plus efficace et d'une manière plus économique pour que les Canadiens puissent conserver leur protection d'assurance-santé ou obtenir les prestations ou les services sans empêchement indu.

Des progrès appréciables ont été réalisés ces dernières années grâce aux accords de réciprocité qui permettent d'atteindre les objectifs de transférabilité visés par la *Loi canadienne sur la santé* en ce qui a trait à la protection à l'intérieur du Canada. Ces accords ne font pas obstacle aux droits et privilèges des provinces quand il s'agit de déterminer quels sont les services rendus dans une autre province et d'en prévoir l'indemnisation. Ils n'empêchent pas non plus les provinces d'exercer un contrôle raisonnable par le moyen de l'approbation préalable des interventions facultatives. Mais je reconnais qu'il y a encore du travail à faire relativement aux modalités de paiement entre les provinces pour atteindre cet objectif, surtout par rapport aux services des médecins.

Je suis bien conscient que toutes les difficultés ne peuvent être résolues du jour au lendemain et qu'il faudra allouer assez de temps pour que les régimes provinciaux arrivent à ne pas exiger de frais directs des malades pour les services hospitaliers et les services médicaux nécessaires fournis dans les autres provinces.

Quant aux services nécessaires fournis à l'étranger, j'ai confiance que nous pouvons établir des normes acceptables d'indemnisation au titre des services médicaux et des services hospitaliers essentiels. La Loi ne définit pas de formule particulière et je serais heureux de connaître vos vues à ce sujet.

Pour que nos efforts s'harmonisent, je proposerais de demander au Comité consultatif fédéral-provincial des services médicaux et des services en établissement d'examiner différentes possibilités et de présenter d'ici un an des solutions pour atteindre ces objectifs.

ACCESSIBILITÉ RAISONNABLE

La Loi est assez claire à l'égard de certains aspects de l'accessibilité. Ce qu'elle cherche à faire, c'est de décourager la pratique voulant que des frais soient exigés sur-le-champ pour les services assurés fournis aux assurés et d'empêcher que s'exercent de fâcheuses distinctions à l'égard d'un groupe de population en ce qui a trait à la facturation des services ou de l'usage nécessaire des services assurés. La Loi met en même temps l'accent sur l'association qui doit exister entre les fournisseurs des services assurés et les gestionnaires des régimes provinciaux, exigeant que les régimes provinciaux comportent des mécanismes raisonnables de paiement ou d'indemnisation pour que les usagers aient un accès raisonnable aux services.

Je veux souligner de nouveau mon intention de respecter les privilèges des provinces relativement à l'organisation, à l'émission d'un permis d'exercice, à l'offre, à la répartition de la main-d'œuvre, ainsi qu'à l'affectation des ressources et aux priorités dans le cas des services assurés. Je tiens à vous assurer que le gouvernement fédéral ne recourra pas à la disposition relative à l'accès raisonnable pour intervenir directement dans des questions comme l'existence matérielle ou géographique des services ou la régie par les provinces des établissements et des professions qui fournissent les services assurés. Les grandes questions ayant trait à l'accès aux services de santé me seront inévitablement signalées. Je veux vous donner l'assurance que mon Ministère travaillera par l'intermédiaire des bureaux des ministres provinciaux et territoriaux, et de concert avec eux, afin de régler ces questions.

Mon but en vous faisant part de mes intentions au sujet des critères contenus dans la *Loi canadienne sur la santé*, c'est de nous permettre de travailler ensemble à définir notre système national d'assurance-santé. Je crois que si nous poursuivons le dialogue, si nous sommes favorables à l'idée d'échanger des renseignements et que nous voulons le faire, et si nous comprenons bien de part et d'autre les règles du jeu, nous pouvons mettre en œuvre la Loi sans animosité et sans conflit. Je préférerais que les ministres provinciaux et territoriaux aient eux-mêmes une possibilité d'interpréter les critères de la *Loi canadienne sur la santé* et de les appliquer à leurs régimes d'assurance-santé respectifs. Je crois également que les ministres de la Santé des provinces et des territoires comprennent et acceptent tous que j'ai des comptes à rendre au Parlement du Canada, et que je dois notamment présenter tous les ans un rapport sur le fonctionnement des régimes provinciaux d'assurance-santé en ce qui a trait au respect de ces critères fondamentaux.

CONDITIONS

Cela m'amène aux conditions relatives à l'obligation de reconnaître les contributions fédérales et à celles de fournir des renseignements, l'une et l'autre pouvant être précisées dans le règlement. À ce propos, je veux me guider sur les principes suivants :

- (1) faire le moins de règlements possibles et seulement si c'est absolument nécessaire;
- (2) compter sur la bonne volonté des ministres pour reconnaître comme il se doit le rôle et la contribution du gouvernement fédéral et pour fournir de plein gré les renseignements nécessaires afin d'exécuter la loi et de faire rapport au Parlement;
- (3) recourir à la concertation et à l'échange de renseignements qui nous profitent mutuellement comme moyens privilégiés pour mettre en œuvre et faire appliquer la *Loi canadienne sur la santé*;
- (4) utiliser les mécanismes qui existent déjà pour échanger des renseignements à l'avantage mutuel de nos administrations.

En ce qui a trait à la reconnaissance des contributions fédérales à la santé par les gouvernements provinciaux et territoriaux, je suis convaincu que nous pouvons normalement arriver sans peine à nous entendre sur la solution appropriée. À mon avis, la meilleure formule, c'est de montrer qu'en tant que ministres de la Santé, nous travaillons ensemble dans l'intérêt du contribuable et du malade.

À l'égard de l'information, je m'en tiens à l'engagement que j'ai pris d'améliorer si possible les systèmes nationaux de données déjà en place, et cela dans un esprit de collaboration et de coopération. Ces systèmes servent à plus d'une fin et fournissent au gouvernement fédéral aussi bien qu'aux autres organismes et au grand public des données essentielles sur notre appareil de soins et l'état de santé de notre population. J'entrevois la poursuite d'un travail en association qui permettra d'améliorer les systèmes d'information sanitaire dans des domaines comme les taux de morbidité et de mortalité, l'état de santé, le fonctionnement des services de santé et leur utilisation, le coût et le financement des soins.

Je crois fermement que le gouvernement fédéral n'a pas besoin de réglementer ces questions. Je n'ai donc pas l'intention de recourir au pouvoir de réglementation pour ce qui est des renseignements exigés en vertu de la *Loi canadienne sur la santé* quand il s'agit d'étendre ou de modifier les systèmes généraux de données et les échanges de renseignements. Afin que l'information relative à la *Loi canadienne sur la santé* circule le plus économiquement possible, je vois seulement deux mécanismes particuliers, et essentiels, de transfert des données :

- (1) des estimations et des bilans sur la surfacturation et les frais modérateurs;
- (2) un bilan provincial annuel (peut-être sous la forme d'une lettre qui me sera envoyée) à présenter à peu près six mois après la fin de l'exercice financier, décrivant le fonctionnement des régimes provinciaux respectifs d'assurance-santé par rapport aux critères et aux conditions de la *Loi canadienne sur la santé*.

Au sujet du premier point, je propose d'établir des règlements dont le contenu sera identique à celui des règlements qui ont été acceptés pour 1985–86. Vous trouverez un projet de règlements joint à titre d'annexe I. Pour aider à préparer le bilan provincial annuel auquel je fais allusion au deuxième point, j'ai élaboré des directives générales qui constituent l'annexe II. Au-delà de ces documents bien précis, j'ai confiance que l'échange spontané et mutuellement bénéfique d'éléments tels que les lois, les règlements et les descriptions de programmes se poursuivra.

Une question a été soulevée au cours de nos entretiens antérieurs que nous avons eus au début, à savoir si les estimations ou les retenues en ce qui a trait aux frais modérateurs et à la surfacturation devraient être fondées sur les « montants facturés » ou sur les « montants perçus ». La Loi établit clairement que les retenues doivent être basées sur les montants facturés. Or, en ce qui a trait aux frais modérateurs, des régimes provinciaux acquittent les frais indirectement pour certaines personnes. Lorsqu'il est nettement démontré qu'un régime provincial rembourse aux fournisseurs de soins le montant facturé mais ne le perçoit pas, disons à l'égard des bénéficiaires de l'aide sociale ou dans le cas des comptes impayés, il faudra rajuster en conséquence les estimations et les retenues.

Je veux insister sur le fait que lorsqu'un régime provincial n'autorise pas les frais modérateurs, tout le système doit être conforme au but du critère de l'accessibilité raisonnable énoncé [dans cette lettre].

RÈGLEMENTS

En plus de ceux qui visent la reconnaissance du rôle fédéral et les renseignements à fournir, dont il est question précédemment, la loi prévoit l'établissement de règlements ayant rapport aux services hospitaliers exclus et de règlements relatifs à la définition des services complémentaires de santé.

Vous êtes au courant que la loi spécifie que chacune des provinces doit être consultée et qu'il doit y avoir entente au sujet des règlements. Les discussions que j'ai eues avec vous n'ont fait ressortir que certaines inquiétudes au sujet de l'ensemble provisoire de services exclus des règlements sur les services hospitaliers, ci-joint.

De même, je n'ai pas perçu d'inquiétude au sujet du projet de règlements qui définit les services complémentaires de santé. Ces règlements aident à fournir des précisions pour que les provinces puissent interpréter la loi et gérer les régimes et programmes en cours. Ils ne modifient pas sensiblement ou en substance ceux qui ont été en vigueur pendant huit ans en vertu de la partie IV de la Loi de 1977 sur les contributions à l'enseignement postsecondaire et à la santé. Il se pourrait bien, cependant, quand nous commencerons à examiner les défis à relever dans le domaine des soins, que nous devions songer à revoir ces définitions.

J'ai voulu par cette lettre essayer d'établir des règles de base souples, raisonnables et claires pour faciliter à l'échelon provincial, aussi bien qu'à l'échelon fédéral, l'administration de la *Loi canadienne sur la santé*. J'ai voulu englober beaucoup de questions, dont l'interprétation des critères, la position fédérale au sujet des conditions et les projets de règlements. Je suis évidemment conscient qu'une lettre de cette sorte ne peut pas traiter de chacun des points qui préoccupent chaque ministre de la Santé. Il est donc essentiel qu'un dialogue et que la communication se poursuivent.

En terminant, laissez-moi vous remercier de l'aide que vous avez apportée pour en arriver à ce que je crois être un point de vue généralement accepté en ce qui a trait à l'interprétation et à l'application de la Loi. Tel que mentionné au début de cette lettre, je vous saurais gré de me signaler par écrit, sous peu vos vues sur les projets de règlements ci-joints. J'ai l'intention de vous écrire bientôt au sujet de l'échange volontaire de renseignements dont nous avons discuté, relativement à l'administration de la Loi et du rapport à présenter au Parlement.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de ma considération distinguée.

Jake Epp

[Voici le texte de la lettre envoyée le 6 janvier 1995 à tous les ministres provinciaux et territoriaux de la Santé par l'honorable Diane Marleau, ministre de la Santé.]

Le 6 janvier 1995

Cher collègue,

Objet : la *Loi canadienne sur la santé*

La *Loi canadienne sur la santé* est en vigueur depuis un peu plus d'une décennie. Les principes énoncés dans la loi (gestion publique, intégralité, universalité, transférabilité et accessibilité) continuent d'être appuyés par tous les gouvernements provinciaux et territoriaux et par la grande majorité des Canadiens et des Canadiennes. Mais l'érosion possible du système de santé canadien administré et financé par le secteur public suscite des craintes, et il est essentiel de prendre les moyens nécessaires pour préserver ces principes.

Il est clair à la suite de la réunion de Halifax tenue récemment, que plusieurs ministres de la Santé sont préoccupés par une tendance à interpréter la Loi de façons divergentes. J'aborderai d'autres questions à la fin de la présente lettre à cet égard. Toutefois, ma préoccupation principale concerne les cliniques privées et les frais d'établissement qu'elles perçoivent auprès de leurs patients. C'est un problème qui n'est pas nouveau pour les ministres de la Santé. Il a fait l'objet d'importantes discussions lors de notre réunion à Halifax l'an dernier. Pour les raisons que j'expose dans cette lettre, je suis convaincue que la prolifération d'un « second palier » d'établissements, exploités entièrement ou dans une large mesure en dehors du système de santé administré et financé par des fonds publics, et dispensant des services médicalement nécessaires, constitue une menace sérieuse pour le système de soins de santé du Canada.

Plus précisément, et plus directement, je considère que les frais d'établissement exigés par les cliniques privées pour des services médicalement nécessaires représentent un problème sérieux qui doit être réglé. Selon moi, de tels frais constituent des frais modérateurs et à ce titre, ils contreviennent au principe de l'accessibilité de la *Loi canadienne sur la santé*.

Bien que ces frais d'établissement ne soient pas définis dans la loi fédérale, ni dans les dispositions législatives de la plupart des provinces, ce terme renvoie aux montants d'argent qui peuvent être exigés pour des services de type hospitalier dispensés en clinique et qui ne sont pas remboursés par la province, par opposition aux services fournis par un médecin. Lorsque ces frais d'établissement sont imposés pour des services médicalement nécessaires dispensés dans une clinique qui reçoit, par ailleurs, en vertu du régime d'assurance-santé de la province, des fonds publics pour la prestation de ces services, ces frais constituent un obstacle financier à l'accessibilité des services. Ils enfreignent par conséquent la disposition de la loi relative aux frais modérateurs (article 19).

Les frais d'établissement sont, à mon avis, inacceptables parce qu'ils limitent l'accès aux services médicalement nécessaires. De plus, lorsque des cliniques qui reçoivent des fonds publics pour dispenser des services médicalement nécessaires exigent en supplément des frais d'établissement, les personnes qui ont les moyens de payer de tels frais sont directement subventionnées par tous les autres Canadiens et Canadiennes. Il m'apparaît tout à fait inacceptable de subventionner de la sorte un système de santé à deux paliers.

Ma position sur les frais d'établissement repose sur deux arguments. Le premier touche la politique en matière de santé. Dans le contexte actuel de la prestation des services de santé, une interprétation qui permet l'imposition de frais d'établissement pour des services médicalement nécessaires alors que le régime d'assurance-santé de la province couvre les honoraires du médecin va à l'encontre de l'esprit et de l'objet de la Loi. Autrefois, de nombreux services médicaux exigeaient un séjour à l'hôpital; maintenant, grâce aux progrès de la technologie médicale et à la tendance à dispenser des services dans des endroits plus accessibles, il est possible d'offrir une vaste gamme de soins ou de services ambulatoires à l'extérieur du cadre hospitalier traditionnel. Le critère de la loi relatif à l'accessibilité, critère dont la disposition sur les frais modérateurs ne constitue qu'un exemple, avait, de toute évidence, pour objet de veiller à ce que les résidents du Canada reçoivent tous les services de santé médicalement nécessaires, sans obstacle financier ou autre, et quel que soit l'endroit où ces services sont dispensés. Ce critère doit conserver son sens initial quelle que soit la façon dont l'exercice de la médecine évolue.

Le deuxième argument relève de l'interprétation juridique. La définition du terme « hôpital » prévue dans la loi comprend tout établissement qui offre des soins hospitaliers aux personnes souffrant de maladie aiguë ou chronique ou exigeant des services de réadaptation. Cette définition couvre aussi les établissements de soins de santé connus sous le nom de « clinique ». Pour des raisons touchant à la fois la politique et l'interprétation juridique, je considère donc que lorsqu'un régime d'assurance-santé provincial prévoit le paiement d'honoraires de médecin pour des services médicalement nécessaires dispensés dans une clinique, il doit également prévoir le paiement des services (hospitaliers) connexes associés à la prestation de ces services, sans quoi la province en question devra s'attendre à l'application de déductions correspondant au total des frais modérateurs.

Je me rends bien compte que cette interprétation nécessitera certaines modifications, particulièrement dans les provinces où des cliniques exigent actuellement des frais d'établissement applicables à des services de santé médicalement nécessaires. Afin d'éviter des difficultés qui pourraient être jugées déraisonnables, je fixe au 15 octobre 1995 la date de mise en application de cette interprétation. Les provinces disposeront ainsi du temps requis pour mettre en place les dispositions législatives ou réglementaires qui s'imposent. À compter du 15 octobre 1995, toutefois, je commencerai à déduire des paiements de transfert toute somme exigée pour des frais d'établissement lorsque des services de santé médicalement nécessaires sont en cause, comme le prévoit l'article 20 de la *Loi canadienne sur la santé*. À mon avis, les provinces bénéficieront ainsi d'une période de transition raisonnable étant donné qu'elles sont maintenant saisies de mes préoccupations concernant les cliniques privées, et compte tenu des progrès déjà réalisés par le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur les services de santé qui se penche sur la question des cliniques privées depuis déjà un bon moment.

Je tiens à préciser que je ne cherche pas à empêcher l'utilisation de cliniques pour dispenser des services de santé médicalement nécessaires. Je sais que dans bien des cas, elles représentent un moyen efficace d'offrir des services de santé à moindre coût, et souvent en ayant recours à des techniques avancées. J'entends, par contre, veiller à ce que les services de santé médicalement nécessaires soient dispensés suivant des modalités uniformes et cela, quel que soit l'endroit où ils sont offerts. Les principes de la *Loi canadienne sur la santé* sont suffisamment souples pour permettre l'évolution de la médecine et de la prestation des soins de santé. Cependant, cette évolution ne saurait mener à la création d'un système de santé à deux paliers.

Comme je l'ai déjà mentionné dans cette lettre, même si la question des frais modérateurs constitue ma préoccupation immédiate, je m'inquiète également des questions plus générales soulevées par la prolifération des cliniques privées. Je crains que cette prolifération ne se traduise, à plus ou moins long terme, par une érosion de notre système de santé public, ce qui aurait pour résultat de limiter l'accès dont jouit la population canadienne aux services de santé médicalement nécessaires. L'énoncé de politique auquel la réunion d'Halifax a donné lieu, témoigne bien de ces préoccupations. Les ministres de la Santé présents, à l'exception de la ministre de l'Alberta, ont convenu :

d'entreprendre toute démarche qui pourrait être nécessaire pour réglementer l'établissement des cliniques privées au Canada et maintenir un régime d'assurance-santé de grande qualité par les gouvernements.

La question des cliniques privées soulève de nombreuses préoccupations au sein du gouvernement fédéral, préoccupations que les provinces partagent. On s'inquiète entre autres :

- › de l'affaiblissement de l'appui du public au système de santé administré et financé par l'État;
- › de la diminution de la capacité des gouvernements de contrôler les coûts de la santé une fois que ceux-ci sont passés du secteur public au secteur privé;
- › de la possibilité, comme en fait foi l'expérience vécue ailleurs, que les établissements privés concentrent leurs efforts sur les actes médicaux les plus faciles, laissant aux établissements publics le soin de s'occuper des cas plus complexes et plus coûteux;
- › de la capacité qu'ont les établissements privés d'offrir aux professionnels de la santé des encouragements financiers susceptibles de les inciter à se désengager du système de santé public (incitant ces établissements à mobiliser leurs ressources financières afin d'attirer les consommateurs, plutôt que d'améliorer la qualité des soins offerts).

Le seul moyen de composer efficacement avec ces préoccupations consiste à réglementer l'exploitation des cliniques privées.

Je demande donc aux ministres de la Santé des provinces qui ne l'ont pas encore fait d'établir des cadres réglementaires régissant l'exploitation des cliniques privées. J'aimerais souligner que même si je me préoccupe surtout de l'élimination des frais modérateurs, il est tout aussi important que ces cadres réglementaires soient mis en place pour assurer un accès raisonnable aux services de santé médicalement nécessaires et pour favoriser la viabilité du système de santé financé et administré par l'État. À mon avis, il faut procéder sans tarder à leur mise en œuvre.

N'hésitez pas à prendre contact avec moi pour des éclaircissements au sujet de ma position sur les cliniques privées et les frais d'établissement. Mes fonctionnaires, quant à eux, sont prêts à rencontrer les vôtres quand ils le souhaiteront pour en discuter. Il faudrait d'ailleurs selon moi, que nos fonctionnaires se concentrent, au cours des prochaines semaines, sur les préoccupations plus générales concernant les cliniques privées.

Comme je l'ai mentionné au début de la présente lettre, la *Loi canadienne sur la santé* fait l'objet d'interprétations divergentes touchant un bon nombre d'autres pratiques. Je préfère généralement que les problèmes touchant l'interprétation de la Loi soient résolus par consensus fédéral-provincial-territorial en tenant compte des principes fondamentaux de la Loi. J'ai, par conséquent, encouragé les deux paliers de gouvernement à tenir des consultations dans tous les cas où il y avait de tels désaccords. En ce qui a trait à des situations telles que la couverture des frais médicaux engagés hors de la province de résidence ou à l'étranger, j'ai l'intention de poursuivre les consultations dans la mesure où elles sont susceptibles de mener à des conclusions satisfaisantes, dans des délais raisonnables.

En terminant, j'aimerais citer monsieur le juge Emmett M. Hall qui nous rappelait en 1980 que :

« Dans notre société, le traumatisme causé par les maladies, la douleur engendrée par les opérations chirurgicales et le lent acheminement vers la mort constituent suffisamment de fardeaux sans avoir à y ajouter celui qui provient des frais médicaux et hospitaliers frappant le malade au moment où il est vulnérable. »

Je suis convaincue, qu'en gardant cet avis à l'esprit, nous continuerons de conjuguer nos efforts en vue de sauvegarder et de renouveler ce qui pourrait bien être notre plus remarquable projet social.

Enfin, comme les questions traitées dans la présente lettre revêtent une importance certaine pour les Canadiens et Canadiennes, je compte la rendre publique une fois que tous les ministres provinciaux et territoriaux de la Santé l'auront reçue.

Veuillez agréer, cher collègue, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Diane Marleau
Ministre de la Santé

[Voici le texte de la lettre envoyée le 8 août 2018 à tous les ministres provinciaux et territoriaux de la Santé par l'honorable Ginette Petitpas Taylor, ministre de la Santé.]

Monsieur le Ministre,

Ce fut un plaisir de vous rencontrer lors de la récente réunion des ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé à Winnipeg. Comme je l'ai expliqué, lorsque j'ai été nommée ministre de la Santé, le premier ministre m'a chargé de promouvoir et de défendre la *Loi canadienne sur la santé* et, tout particulièrement, l'élimination des frais imposés aux patients pour des services qui devraient être publiquement assurés. Comme vous le savez, je prends toujours cette responsabilité très au sérieux.

Suite à nos conversations tenues au début de l'année, j'étais ravie de constater que toutes les provinces et tous les territoires avaient participé aux discussions au niveau des représentants organisées par Santé Canada au printemps. Nous avons peaufiné notre approche selon les commentaires reçus au cours d'une série de réunions multilatérales et bilatérales.

Le but de cette lettre est de vous informer officiellement que je vais de l'avant avec les trois initiatives de la *Loi canadienne sur la santé* dont j'ai discuté avec vous. Ensemble, la Politique des services diagnostiques, la Politique de remboursement et le renforcement de la déclaration des renseignements me donneront les outils pour appliquer efficacement la Loi dans l'intérêt de tous les Canadiens et les Canadiennes.

POLITIQUE DES SERVICES DIAGNOSTIQUES

Un des principaux objectifs de la *Loi canadienne sur la santé* est d'assurer aux Canadiens et Canadiennes d'avoir un accès aux soins médicalement nécessaires selon leurs besoins de santé et non de leur capacité ou de leur volonté de payer. Toutefois, dans bon nombre de provinces et de territoires, des frais sont imposés aux patients pour des services diagnostiques médicalement nécessaires lorsque ceux-ci sont offerts dans des cliniques privées. Depuis la promulgation de la *Loi canadienne sur la santé*, la position du gouvernement fédéral a toujours été que tous les services médicaux et hospitaliers médicalement nécessaires – y compris les services diagnostiques – doivent être couverts par les régimes d'assurance-maladie provinciaux et territoriaux.

Si un fournisseur autorisé a référé un patient pour un examen diagnostique médicalement nécessaire, l'état de l'examen comme service assuré par le système public ne devrait pas changer simplement parce que le service est offert dans une clinique privée plutôt que dans un centre hospitalier. Je n'accepte pas la justification que si certains patients sont disposés à payer eux-mêmes pour un accès accéléré pour ces services médicalement nécessaires, que l'on devrait nécessairement leur permettre d'y recourir. Ainsi, certains patients évitent deux fois l'attente – une première fois pour le service diagnostique en soi et par la suite pour tout service de suivi dont ils pourraient avoir besoin. Bref, une telle situation est injuste et va à l'encontre du principe fondamental des soins de santé au Canada, à savoir que l'accès soit fondé sur le besoin de santé et non sur la capacité ou la volonté de payer.

La *Loi canadienne sur la santé* n'empêche pas la prestation privée de services assurés. De nombreux services de soins assurés sont fournis aux Canadiens et Canadiennes dans des cliniques privées et sont payés par le régime d'assurance-maladie provincial ou territorial. Tant qu'il n'y a pas de frais imposés aux patients, les provinces et territoires peuvent offrir des services assurés comme bon leur semble.

Toutefois, mon explication de l'état des services diagnostiques médicalement nécessaires par l'entremise de cette lettre signifie, en effet, que tous les frais imposés aux patients pour ces services contreviennent à la *Loi canadienne sur la santé*.

Je comprends pleinement qu'il faudra du temps pour certaines provinces ou certains territoires pour harmoniser les systèmes provinciaux et territoriaux à la Politique des services diagnostiques. Comme je l'ai mentionné à Winnipeg, la politique n'entrera pas en vigueur avant le 1^{er} avril 2020 et la déclaration de renseignements sur les frais imposés aux patients pour les services diagnostiques commencera en décembre 2022 (pour l'exercice 2020–2021). Cela signifie, en conformité avec la *Loi canadienne sur la santé*, que toute déduction au Transfert canadien en matière de santé serait faite en mars 2023. Si, pendant la période intérimaire, une province ou un territoire a éliminé les frais imposés aux patients pour les services diagnostiques, cette province ou ce territoire serait admissible pour un remboursement de fonds déduits par l'entremise de la nouvelle Politique de remboursement.

POLITIQUE DE REMBOURSEMENT

La *Loi canadienne sur la santé* a été promulguée afin d'éliminer la pratique injuste de frais imposés aux patients. La Loi établit clairement que, lorsqu'une province autorise des frais imposés aux patients, des déductions obligatoires doivent être effectuées sur les paiements de transfert du gouvernement fédéral. Au cours des trois premières années de la *Loi canadienne sur la santé*, une disposition de la Loi autorisait le remboursement des déductions si la province (ou le territoire) prenait les mesures nécessaires pour éliminer les frais imposés aux patients pour des services qui devraient être publiquement assurés. Cette mesure s'est avérée efficace, et en 1987, les frais imposés aux patients avaient été éliminés pour la plupart des services hospitaliers et médicaux partout au Canada. Toutefois, lorsque cette disposition sur le remboursement a expiré, la structure incitative prévue par la Loi, qui était à l'origine positive, est devenue purement négative. Je crois que cela doit changer.

Dans le but de reproduire le succès de la disposition originale sur le remboursement, je présente une nouvelle Politique de remboursement. À l'avenir, les provinces et les territoires seraient admissibles au remboursement des déductions effectuées pour les frais imposés aux patients s'il est démontré que des mesures sont prises pour éliminer les obstacles à l'accès. Le document ci-joint fournit des détails sur la portée et l'application de la Politique. Toutes déductions à partir de mars 2018 seront admissibles pour un remboursement dans le cadre de cette Politique.

RENFORCEMENT DE LA DÉCLARATION DES RENSEIGNEMENTS

Enfin, pour faire en sorte que je dispose des données nécessaires pour appliquer la Loi de façon équitable et afin de rendre compte aux Canadiens et Canadiennes sur l'état du système public d'assurance-maladie, la déclaration des renseignements par les provinces et les territoires à Santé Canada et par Santé Canada aux Canadiens et Canadiennes sera renforcée et normalisée. Les détails, qui ont été discutés avec vos représentants au cours du printemps dernier, seront communiqués par mon sous ministre au cours des prochaines semaines. Encore une fois, sachant que la nouvelle approche ne peut pas être instaurée subitement, nous allons établir progressivement les nouvelles mesures de déclaration de renseignements.

Les Canadiens et les Canadiennes sont fiers de leur système de soins de santé, à juste titre, et ont de grandes attentes à ce que leurs gouvernements travaillent ensemble pour protéger leur accès à celui-ci. J'ai confiance que ces initiatives nous aideront à relever ce défi et à préserver notre système universel de soins de santé pour les générations à venir.

J'apprécie toutes nos discussions jusqu'à présent et j'attends la suite de notre collaboration continue.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

L'honorable Ginette Petitpas Taylor, C.P., députée

POLITIQUE DE REMBOURSEMENT POUR LES PROVINCES ET LES TERRITOIRES ASSUJETTIS À UNE DÉDUCTION EN VERTU DE LA LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ (la Politique de remboursement)

Contexte

L'une des prémisses fondamentales du système de soins de santé du Canada est que les Canadiens devraient avoir accès aux services médicaux et aux services hospitaliers médicalement nécessaires sans obstacle d'ordre financier ou autre. La Loi canadienne sur la santé (LCS) a été adoptée en réponse à des préoccupations grandissantes selon lesquelles l'accès aux services de soins de santé assurés par le secteur public était de plus en plus compromis par l'imposition de frais aux patients aux points de service.

La LCS a établi les conditions et les critères que doivent respecter les provinces afin d'être admissibles à la pleine contribution pécuniaire au titre du Transfert canadien en matière de santé (TCS). La Loi a également établi des déductions discrétionnaires et obligatoires lors d'infractions aux principes de la LCS et des dispositions relatives à la surfacturation et aux frais modérateurs^{Note de bas de page 5 de la Loi, respectivement}. Le ministre doit faire des déductions d'un montant équivalent aux provinces ou aux territoires (PT) aux paiements du TCS lorsque la surfacturation ou les frais modérateurs sont permis. Le but de la LCS quant aux déductions est de favoriser la conformité à la Loi et à son objectif qui consiste à assurer aux Canadiens un accès aux services de soins de santé dans des modalités uniformes et sans obstacle financier.

Au moment où la LCS est entrée en vigueur, bon nombre de PT disposaient de cadres juridiques pour l'assurance-maladie publique qui permettaient explicitement l'imposition de la surfacturation et des frais modérateurs aux patients ou qui, par convention, avaient permis à de tels frais de s'ancrer profondément dans leurs systèmes de soins de santé. Compte tenu de ces facteurs, il était admis que les PT auraient besoin de temps pour harmoniser leurs systèmes aux valeurs et aux exigences de la LCS. La Loi comprenait ainsi une disposition, pour les trois premières années (1984 à 1987) qui accordait un remboursement des montants retenus sur les transferts fédéraux pour les infractions de la surfacturation et des frais modérateurs, une fois que la PT avait réussi à éliminer la surfacturation et les frais modérateurs.

Les PT ont adopté des lois régissant les systèmes d'assurance-maladie publics qui reflétaient les exigences de la Loi canadienne sur la santé et, dans bien des cas, allaient au-delà de celles-ci. Ainsi, plus de 244 millions de dollars ont été remboursés à sept PT relativement aux frais imposés aux patients au cours de la période de 1984 à 1987. L'arrivée de la LCS, y compris la disposition relative au remboursement, a permis d'éliminer la surfacturation et les frais modérateurs pendant une longue période dans la plupart des régions du pays et dans la majorité des milieux de soins.

Il est temps d'adopter une nouvelle Politique de remboursement

Malgré les dispositions des lois fédérales, provinciales et territoriales qui découragent ou interdisent la surfacturation et les frais modérateurs, il existe encore dans certaines PT des cas où les patients doivent déboursier des sommes pour avoir accès à des services de soin de santé assurés. Comme c'était le cas en 1984, cette situation menace la valeur fondamentale de l'accès universel aux soins de santé.

Quelques PT ont participé activement à enquêter sur des allégations d'imposition de frais à des patients. Elles ont adopté des mesures législatives et réglementaires à l'encontre de la surfacturation et des frais modérateurs et elles se sont assurées que les patients étaient remboursés et que les fournisseurs ou les institutions qui contrevenaient aux lois provinciales et territoriales (ainsi qu'à la LCS) ont été punis. Il convient de saluer ces gouvernements pour la vigilance dont ils ont fait preuve pour protéger les patients.

Les dispositions initiales de remboursement prévues par la LCS se sont révélées efficaces pour éliminer la surfacturation et les frais modérateurs. Misant sur ce succès, le gouvernement fédéral met en œuvre une nouvelle Politique de remboursement pour les provinces et les territoires assujettis à une déduction en vertu de La Loi canadienne sur la santé (la Politique de remboursement). Aux termes de cette nouvelle politique, si une province ou un territoire est assujetti à une déduction, le ministre fédéral de la Santé a la discrétion de fournir un remboursement si la PT se conforme à la Loi avant la fin de l'année civile.

Processus actuel

En vertu du Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs (le Règlement) de la LCS, les PT sont tenus de faire rapport à Santé Canada des pratiques de surfacturation et de frais modérateurs se rapportant à leur PT. Ce rapport se présente sous la forme d'un état financier soumis chaque année, au plus tard le 16 décembre, décrivant les activités de la surfacturation et des frais modérateurs menées durant la deuxième année financière précédente. Si le ministre ne reçoit aucun état financier ou s'il estime que l'information fournie ne respecte pas le Règlement, la Loi oblige le ministre à déterminer le montant estimatif d'une déduction, après avoir consulté la PT. Les paiements au titre du TCS destinés à la PT visée sont alors réduits d'un montant correspondant en mars de l'année suivante.

Travailler ensemble à éliminer les frais imposés aux patients

L'objectif de la Politique de remboursement est de collaborer avec les PT qui sont assujettis à une déduction au titre du TCS à éliminer finalement ces frais imposés aux patients. Lorsqu'une PT est avisée qu'elle sera assujettie à une déduction au titre du TCS en raison de surfacturation et de frais modérateurs (généralement en janvier ou février), les conditions de remboursement seront également décrites. Dans le cas où une PT a déjà éliminé les frais aux patients imposés aux patients et où une période suffisamment longue s'est écoulée pour assurer Santé Canada que les circonstances qui ont entraîné ces modifications ont été abordées, un remboursement pourrait s'effectuer immédiatement. Lorsque de tels frais sont en cours, Santé Canada travaillera avec les représentants des PT sur les éléments d'un plan d'action pour respecter les conditions de remboursement. Les plans d'action et les progrès des PT à les faire respecter, seront publiés dans le Rapport annuel sur l'application de la Loi canadienne sur la santé.

Afin d'être considéré pour un remboursement, la PT devra démontrer qu'elle a suivi ce qui est convenu dans le plan d'action en respectant le délai prescrit, généralement 12 mois, mais n'excédant pas plus de deux ans suivant la déduction initiale. Puisque les circonstances menant aux déductions varieront d'une province à une autre, les plans d'action varieront aussi. Néanmoins, on s'attend à ce que tous les plans d'action demanderont aux PT de soumettre les documents suivants à Santé Canada en janvier suivant la déduction :

- › Un relevé financier des montants de la surfacturation et des frais modérateurs prélevés dans la PT depuis la déduction

- › Un rapport sur les étapes que la PT a pris pour éliminer la surfacturation et les frais modérateurs, et une description des mesures prises pour y remédier
- › Une attestation de l'intégralité et de l'exactitude de l'information fournie.

Après examen du rapport de la PT, si le ministre est satisfait que les éléments du plan d'action aient été respectés, la PT recevrait un remboursement. Toutefois, si le ministre n'est pas satisfait que les conditions aient été respectées, aucun remboursement n'est accordé, et le montant de la déduction serait perdu. Suite à un cycle de déduction initiale et de remboursement, si le ministre demeure satisfait que la mesure appropriée ait été prise, la politique de remboursement permettrait le remboursement immédiat des déductions subséquentes au titre du TCS.

Pour continuer d'être admissible selon la Politique de remboursement, une PT doit également se conformer aux exigences régulières de déclaration décrites dans le Règlement et soumettre à Santé Canada un état financier précis sur les activités de surfacturation et de frais modérateurs, au cours du mois de décembre de la même année dans laquelle l'imposition de la déduction est faite au titre du TCS. La PT doit également s'engager à agir de la sorte à chaque année à l'avenir.

ANNEXE C

PROCESSUS DE PRÉVENTION ET DE RÈGLEMENT DES DIFFÉRENDS LIÉS À LA LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ

En avril 2002, l'honorable A. Anne McLellan décrivait, dans une lettre qu'elle adressait à ses homologues provinciaux et territoriaux, un processus de prévention et de règlement des différends reliés à la *Loi canadienne sur la santé* dont avaient convenu l'ensemble des provinces et des territoires à l'exception du Québec. Le processus permet de satisfaire au désir des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux de prévenir les différends reliés à l'interprétation des principes de la *Loi canadienne sur la santé* et, lorsqu'il est impossible d'y parvenir, de les régler d'une façon équitable, transparente et opportune.

Le processus comprend des activités de règlement des différends liés à l'échange de renseignements entre les gouvernements; la discussion et la clarification des questions, dès qu'elles sont soulevées; la participation active des gouvernements aux comités spéciaux fédéraux-provinciaux- territoriaux des questions liées à la *Loi canadienne sur la santé*; ainsi que des évaluations préalables, si celles-ci sont demandées.

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

La ministre fédérale de la Santé détient le pouvoir final de décision en ce qui concerne l'interprétation et l'application de la *Loi canadienne sur la santé*. En décidant si elle doit invoquer les dispositions de non-conformité de la loi, la ministre prendra en considération le rapport du groupe.

En septembre 2004, l'accord conclu entre les provinces et les territoires en 2002 a été officialisé par les premiers ministres, réitérant ainsi leur engagement concernant l'utilisation du Processus de prévention et de règlement des différends de la *Loi canadienne sur la santé* pour régler les questions d'interprétation associées à la loi.

Vous trouverez dans les pages suivantes le texte intégral de la lettre de la ministre McLellan à l'honorable Gary Mar, ainsi qu'un feuillet d'information sur le processus de prévention et de règlement des différends liés à la *Loi canadienne sur la santé*.

Le 2 avril 2002

L'honorable Gary Mar
Ministre de la Santé et du Mieux-être
Province de l'Alberta
Édifice Legislature, pièce 323
Edmonton (Alberta)
T5K 2B6

Monsieur,

La présente fait suite à mon engagement d'avancer à aller de l'avant avec le processus de prévention et de règlement des différends liés à l'interprétation des principes de la *Loi canadienne sur la santé*.

Je comprends que les gouvernements des provinces et des territoires tiennent à ce qu'une tierce partie fournisse des avis et des recommandations lorsque des divergences d'interprétation de la *Loi canadienne sur la santé* se produisent. Ce point a été intégré au processus de Prévention et règlement des différends liés à la *Loi canadienne sur la santé* qui est exposé ci-dessous. Je crois que ce processus nous permettra de prévenir ou de régler, de façon équitable, transparente et rapide, les problèmes d'interprétation des principes de la *Loi canadienne sur la santé*.

Prévention des différends

Le meilleur moyen de résoudre les différends liés à la *Loi canadienne sur la santé* est d'abord de prévenir qu'ils se produisent. Le gouvernement n'a eu recours qu'exceptionnellement aux pénalités et seulement lorsque toutes les tentatives pour régler le litige se sont révélées infructueuses. La prévention des différends a produit de bons résultats pour nous par le passé et elle pourra servir nos intérêts communs à l'avenir. Par conséquent, il est important que les gouvernements continuent de participer activement à des comités fédéraux-provinciaux-territoriaux spéciaux sur les questions relatives à la *Loi canadienne sur la santé* et d'entreprendre, de gouvernement à gouvernement, des échanges d'information, des discussions et des efforts de clarification des questions à mesure qu'elles surgiront.

En outre, Santé Canada s'engage à fournir, à la demande d'une province ou d'un territoire, des évaluations préalables.

Règlement des différends

Lorsque les activités visant à prévenir un différend entre le gouvernement fédéral et un gouvernement provincial ou territorial se sont révélées infructueuses, l'un ou l'autre des ministres de la Santé concernés peut déclencher le processus de règlement des différends en rédigeant, à l'intention de son homologue, une lettre dans laquelle il expose la question litigieuse. Une fois entrepris, le processus de règlement des différends devra être complété avant de prendre toute mesure en vertu des dispositions de la *Loi canadienne sur la santé* relatives à la non-conformité.

Tout d'abord, dans les 60 jours suivant la date de la lettre de déclenchement du processus, les gouvernements qui seront parties au différend feront conjointement ce qui suit :

- › ils recueilleront et mettront en commun tous les faits pertinents;
- › ils rédigeront un rapport sur l'établissement des faits;

- › ils négocieront en vue de résoudre la question litigieuse;
- › ils rédigeront un rapport sur la façon utilisée pour régler la question.

Toutefois, s'il advenait qu'on ne s'entende pas sur les faits ou que les négociations ne mènent pas au règlement de la question, l'un ou l'autre des ministres de la Santé concernés par le différend pourra déclencher le processus visant à référer la question à une tierce partie en écrivant à son homologue. Un comité spécial sera constitué dans les 30 jours qui suivront la date de cette lettre. Il se composera d'une personne désignée par la province ou le territoire ainsi que d'une personne désignée par le gouvernement fédéral. Ces deux personnes choisiront ensemble un président. Le comité spécial évaluera la question litigieuse conformément aux dispositions de la *Loi canadienne sur la santé*, entreprendra l'établissement des faits et formulera des conseils et des recommandations. Il présentera ensuite un rapport sur la question aux gouvernements en cause dans les 60 jours qui suivront la création du groupe.

Le ministre de la Santé du Canada détient l'autorité ultime en ce qui concerne l'interprétation et l'application de la *Loi canadienne sur la santé*. Avant de décider s'il invoquera les dispositions de la *Loi canadienne sur la santé* relatives à la non-conformité, le ministre de la Santé du Canada prendra le rapport du comité spécial en considération.

Rapports publics

Les gouvernements divulgueront au public les activités de prévention et de règlement des différends liés à la *Loi canadienne sur la santé*, y compris tout rapport d'un comité spécial.

J'estime que le gouvernement du Canada a donné suite aux engagements pris dans l'accord de septembre 2000 en matière de santé en fournissant 21,1 milliards de dollars au moyen du cadre financier et en collaborant dans d'autres domaines cernés dans l'accord. Je m'attends à ce que tous les premiers ministres provinciaux et territoriaux, ainsi que leurs ministres de la Santé, respectent le cadre d'imputabilité à l'égard du système de santé qu'ils ont accepté en septembre 2000. Le travail de nos représentants au sujet des indicateurs de rendement a été marqué par la collaboration et l'efficacité jusqu'à maintenant. La population canadienne s'attendra à ce que nous lui rendions des comptes au sujet de tous les indicateurs d'ici la date qui a été convenue, soit septembre 2002. Alors que je suis consciente qu'un certain nombre de gouvernements peuvent ne pas être en mesure de rendre compte avec précision de tous les indicateurs d'ici cette date, l'obligation de rendre des comptes à la population canadienne est une composante essentielle de nos efforts pour renouveler notre système de santé. Il m'apparaît très important que les gouvernements travaillent à rendre des comptes au sujet de tous les indicateurs.

De plus, j'espère que tous les gouvernements provinciaux et territoriaux participeront au processus d'examen conjoint que tous les premiers ministres signataires de l'entente-cadre sur l'union sociale avaient convenu de faire et termineront ce processus.

Le processus de prévention et de règlement des différends liés à la *Loi canadienne sur la santé* exposé dans la présente lettre est clair et simple. Si, plus tard, des modifications s'avéraient nécessaires, je m'engage à examiner le processus avec vous et les autres ministres provinciaux et territoriaux de la Santé. En procédant ainsi, nous démontrerons aux Canadiens et Canadiennes que nous sommes déterminés à renforcer et à préserver l'assurance-santé en prévenant et en réglant rapidement et équitablement les différends liés à la *Loi canadienne sur la santé*.

Je vous prie d'agréer, Monsieur, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

A. Anne McLellan

FICHE D'INFORMATION : PROCESSUS DE PRÉVENTION ET DE RÈGLEMENT DES DIFFÉRENDS LIÉS À LA LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ

PORTÉE

Les dispositions décrites s'appliquent à l'interprétation des principes de la *Loi canadienne sur la santé*.

Prévention des différends

Afin d'éviter et de prévenir les différends, les gouvernements continueront :

- › de participer activement des comités fédéraux-provinciaux- territoriaux spéciaux sur les litiges liés la *Loi canadienne sur la santé*;
- › d'utiliser un processus bilatéral d'échange d'information, de discussion et de clarification lorsque des conflits surviennent

Santé Canada s'engage à présenter des évaluations préalables aux provinces et aux territoires qui en font la demande.

RÈGLEMENT DES DIFFÉRENDS

Lorsque la prévention des différends entre le gouvernement fédéral et un gouvernement provincial ou territorial n'a mené à rien, n'importe quel ministre de la Santé touché peut mettre en œuvre le règlement des différends en écrivant à son homologue. La lettre comprendra une description du différend. S'il est mis en œuvre, le règlement des différends précédera toute mesure prise en vertu du non-respect des dispositions de la loi.

En guise de première étape, les gouvernements touchés acceptent d'effectuer conjointement ce qui suit dans les 60 jours suivant la date de la lettre :

- › recueillir et partager tous les faits pertinents;
- › rédiger un rapport d'établissement des faits;
- › négocier en vue de régler le conflit;
- › rédiger un rapport expliquant comment on a résolu le conflit.

Si l'on ne s'entend pas quant aux faits ou si les négociations échouent, n'importe quel ministre de la Santé engagé dans le conflit peut mettre en œuvre le processus de renvoi du litige à un comité en écrivant à son homologue.

- › Dans les 30 jours suivant la date de la lettre, un comité sera établi. Le comité sera formé d'un représentant nommé par le gouvernement provincial ou territorial et un représentant nommé par le gouvernement fédéral, lesquels choisiront ensemble un président.
- › Le comité évaluera le différend en fonction des dispositions de la *Loi canadienne sur la santé*, entreprendra l'établissement des faits, offrira des conseils et présentera des recommandations.
- › Le comité présentera, dans les 60 jours suivant sa nomination, un rapport aux gouvernements en question.

Le ministre de la Santé du Canada détient l'autorité ultime en ce qui concerne l'interprétation et l'application de la *Loi canadienne sur la santé*. Afin de décider s'il invoquera les dispositions de la *Loi canadienne sur la santé* relatives à la non-conformité, le ministre de la Santé du Canada prendra le rapport du comité en considération.

PRÉSENTATION DE RAPPORTS AU PUBLIC

Les gouvernements présenteront des rapports au public sur les activités de prévention et de règlement des différends liés à la *Loi canadienne sur la santé*, y compris tout rapport présenté par le comité.

RÉVISION

Le ministre de la Santé du Canada s'engage à revoir le processus avec les ministres provinciaux et territoriaux de la Santé si des ajustements s'avèrent éventuellement nécessaires.

ANNEXE D

ÉTAT FINANCIER DES MONTANTS ACTUELS DE SURFACTURATION ET DE FRAIS MODÉRATEURS POUR LA PÉRIODE DU 1^{ER} AVRIL 2016 AU 31 MARS 2017

La *Loi canadienne sur la santé* (la Loi) et son *Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs* (le règlement) exige des provinces et des territoires de soumettre un rapport chaque année au ministre fédéral de la Santé. Ce rapport prend la forme d'un état financier des montants actuels de surfacturation et de frais modérateurs imposés dans la province ou le territoire pour l'exercice en question, avec une explication au sujet de la façon utilisée pour déterminer le montant rapporté.

L'information rapportée dans l'état financier peut être utilisée pour déterminer les montants déduits au titre du Transfert canadien en matière de santé d'une province ou d'un territoire où une surfacturation ou des frais modérateurs sont survenus. Toutefois, en vertu de l'article 20 de la Loi, le ministre fédéral de la Santé peut estimer les montants de surfacturation et de frais modérateurs perçus, si des indices démontrent que l'information rapportée dans l'état financier ne reflète pas les montants actuels imposés aux patients dans la province ou le territoire.

En vertu de la Loi, la **surfacturation** est définie comme étant 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.

En vertu de la Loi, les **frais modérateurs** sont définis comme étant des frais d'un service de santé assuré, à l'exception des frais imposés par surfacturation. Les frais d'établissement sont des frais imposés aux patients perçus pour des services non médicaux qui sont fournis conjointement à un service médical assuré dans un établissement autre qu'un hôpital (p. ex. clinique).

Bien que le Québec n'ait pas présenté d'état financier dans le formulaire standard fourni, les montants de la surfacturation et des frais modérateurs prélevés dans la province en 2017–2018 ont été confirmés sous la forme de deux lettres, qui sont reproduites dans la présente annexe.

- › N. B : Des frais peuvent être perçus 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, suivant la réserve du paragraphe 19 (2). Les frais liés à cette réserve ne devraient pas être inclus dans l'état financier.

TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR

1. MONTANT DE SURFACTURATION

Le montant global de surfacturation perçu par les médecins et les dentistes dans la province pour des services de santé assurés :	0 \$
---	------

Explication de la méthode utilisée pour déterminer le montant de surfacturation rapporté (même si le montant est nul) :

Les montants de surfacturation et de frais modérateurs ont été révélés après le dépôt de plaintes de patients au ministère de la Santé et des Services communautaires de la province au sujet de services de chirurgie de la cataracte. Après avoir reçu ces plaintes, le Ministère a diffusé un communiqué d'intérêt public afin d'identifier des bénéficiaires de la province jugeant avoir été indûment facturés pour des services de chirurgie de la cataracte assurés.

Le Ministère effectue régulièrement des audits auprès des fournisseurs. Cette méthode n'a toutefois permis de relever aucun montant de surfacturation et de frais modérateurs pour l'exercice visé.

2. MONTANT DES FRAIS MODÉRATEURS (NOTAMMENT LES FRAIS D'ÉTABLISSEMENT)

a) Montant global des frais modérateurs perçus dans la province pour des services hospitaliers assurés, tels que définis dans la loi pour « hôpital » et « services hospitaliers » :	0 \$
b) Montant global des frais modérateurs perçus pour des services assurés fournis par un médecin dans une clinique, tels qu'établis dans la politique fédérale sur les cliniques privées :	1 348,94 \$

Explication de la méthode utilisée pour déterminer le montant des frais modérateurs (même si le montant est nul) :

À Terre-Neuve-et-Labrador, le ministère de la Santé et des Services communautaires administre le régime provincial d'assurance-maladie. Conformément au paragraphe 7 (1) de la *Medical Care and Hospital Insurance Act*, SNL 2016 c, M-5.01, la surfacturation est interdite. L'administration du régime provincial d'assurance-maladie, y compris la dissuasion de la surfacturation, respecte cette loi et ses règlements d'application, tout particulièrement le *Medical Care Insurance Insured Services Regulations*, CNLR 21/96.

Le Ministère vérifie régulièrement la facturation de fournisseurs. Aucun montant de surfacturation ou de frais modérateurs n'a été révélé grâce au processus de vérification courante au cours de la période visée. Le Ministère a reçu six plaintes de bénéficiaires concernant la facturation directe des services de chirurgie de la cataracte. En guise de réponse, il a publié un communiqué d'intérêt public le 7 février 2018 pour demander à la population de signaler tout cas présumé de surfacturation ou de frais modérateurs pour des services de chirurgie de la cataracte. Plus de 600 appels ont été reçus sur la ligne mise en service à cette fin. Parmi les appelants, 73 ont fourni des documents confirmant qu'ils avaient assumé des coûts pour leur intervention chirurgicale. Deux de ces cas sont survenus pendant la période visée par le rapport.

Un bénéficiaire a déboursé 674,47 \$ pour la chirurgie de la cataracte et des frais connexes qui auraient autrement été couverts par le régime provincial d'assurance-maladie. Le tableau ci-dessous (et à la page suivante) présente la ventilation des coûts pour ce patient.

PRODUIT FACTURÉ	COÛT FACTURÉ AU PATIENT (\$)	S'AGIT-IL D'UN SERVICE ASSURÉ?
Frais déboursés par le bénéficiaire qui sont considérés comme une amélioration (produit d'une qualité supérieure) et qui ne sont pas couverts par le régime d'assurance-maladie		
Laser femtoseconde		
Biométrie et autoréfraction – cohérence optique	195,00	Non
Analyse vectorielle de la cornée et planification de la correction de l'astigmatisme	400,00	Non
TCO du segment antérieur	150,00	Cet examen n'est pas couvert par le régime lorsqu'il est effectué pour la chirurgie de la cataracte ou à l'extérieur d'un hôpital. La TCO peut être un service assuré si elle est réalisée suivant des indications cliniques particulières et seulement dans un hôpital. Elle ne représente pas un service assuré pour ce patient, qui a déboursé pour la TCO préalable à sa chirurgie de la cataracte.
Topographie cornéenne	150,00	Non
Total des frais imposés au patient pour des améliorations	1 895,00	
Frais modérateurs déboursés par le bénéficiaire qui auraient dû être couverts par la province		
Honoraires médicaux pour la chirurgie de la cataracte	574,47	Oui
Lentilles pliables de base	100,00	Non. Au moment de l'intervention, ces lentilles étaient considérées comme une amélioration. Depuis le 1 ^{er} janvier 2019, les lentilles souples ou pliables sont acceptées comme une norme de soin, et les patients n'ont plus à déboursier pour ce type de lentilles.
Total des frais modérateurs pour le patient 1	674,47	

Le patient 2 a déboursé les mêmes frais modérateurs que le patient 1. Le montant total de la surfacturation s'élevé donc à 1 348,94 \$ pour ces deux patients au cours de l'exercice visé.

À ce jour, les patients n'ont reçu aucun remboursement des coûts déboursés pour les services de chirurgie de la cataracte. Puisque la question est actuellement traitée par la Cour suprême de Terre-Neuve-et-Labrador, le Ministère envisagera les étapes à suivre lorsque la décision de la cour sera rendue.

TOTAL POUR LA SURFACTURATION ET LES FRAIS MODÉRATEURS	1 348,94 \$
--	--------------------

ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD

1. MONTANT DE SURFACTURATION

Le montant global de surfacturation perçu par les médecins et les dentistes dans la province pour des services de santé assurés :	NUL \$
---	--------

Explication de la méthode utilisée pour déterminer le montant de surfacturation rapporté (même si le montant est nul) :

La surfacturation est interdite aux termes de la *Health Services Payment Act* de l'Île-du-Prince-Édouard.

Le ministère de la Santé de l'Î.-P.-É. (Santé Î.-P.-É.) administre un système rigoureux de mesures de contrôle internes dans le cadre de l'examen de la facturation des médecins et il enquête sur toute irrégularité de facturation. Les médecins voient leurs pratiques de facturation soumises à une vérification interne pour veiller à ce que tous les montants facturés soient appropriés.

La province offre plusieurs façons aux patients et au grand public de formuler leurs commentaires et plaintes; il y a notamment un lien « Envoyer un compliment ou une plainte » sur le site de Santé Î.-P.-É. Toute personne jugeant avoir été surfacturée peut aussi communiquer avec le ministre de la Santé et du Mieux-être, le directeur général du Ministère ou son personnel. Le Ministère fait le suivi des plaintes reçues, y compris au sujet des pratiques de facturation.

2. MONTANT DES FRAIS MODÉRATEURS (NOTAMMENT LES FRAIS D'ÉTABLISSEMENT)

a) Montant global des frais modérateurs perçus dans la province pour des services hospitaliers assurés, tels que définis dans la loi pour « hôpital » et « services hospitaliers » :	NUL \$
b) Montant global des frais modérateurs perçus pour des services assurés fournis par un médecin dans une clinique, tels qu'établis dans la politique fédérale sur les cliniques privées :	NUL \$

Explication de la méthode utilisée pour déterminer le montant des frais modérateurs (même si le montant est nul) :

Les résultats financiers annuels de Santé Î.-P.-É. sont vérifiés pour relever les irrégularités ou écarts importants. Cette vérification comprend un examen des revenus pour cerner tout nouvel élément de revenus; ces derniers sont aussi soumis à l'examen du vérificateur général.

La province offre plusieurs façons aux patients et au grand public de formuler leurs commentaires et plaintes; il y a notamment un lien « Envoyer un compliment ou une plainte » sur le site de Santé Î.-P.-É. Toute personne jugeant avoir assumé des frais modérateurs peut aussi communiquer avec le ministre de la Santé et du Mieux-être, le directeur général du Ministère ou son personnel. Le Ministère fait le suivi des plaintes reçues, y compris au sujet des pratiques de facturation.

TOTAL POUR LA SURFACTURATION ET LES FRAIS MODÉRATEURS	NUL \$
--	---------------

NOUVELLE-ÉCOSSE

1. MONTANT DE SURFACTURATION

Le montant global de surfacturation perçu par les médecins et les dentistes dans la province pour des services de santé assurés :	0 \$
---	------

Explication de la méthode utilisée pour déterminer le montant de surfacturation rapporté (même si le montant est nul) :

2. MONTANT DES FRAIS MODÉRATEURS (NOTAMMENT LES FRAIS D'ÉTABLISSEMENT)

a) Montant global des frais modérateurs perçus dans la province pour des services hospitaliers assurés, tels que définis dans la loi pour « hôpital » et « services hospitaliers » :	0 \$
--	------

b) Montant global des frais modérateurs perçus pour des services assurés fournis par un médecin dans une clinique, tels qu'établis dans la politique fédérale sur les cliniques privées :	0 \$
---	------

Explication de la méthode utilisée pour déterminer le montant des frais modérateurs (même si le montant est nul) :

TOTAL POUR LA SURFACTURATION ET LES FRAIS MODÉRATEURS	0 \$
--	-------------

NOUVEAU-BRUNSWICK

1. MONTANT DE SURFACTURATION

Le montant global de surfacturation perçu par les médecins et les dentistes dans la province pour des services de santé assurés :	0 \$
---	------

Explication de la méthode utilisée pour déterminer le montant de surfacturation rapporté (même si le montant est nul) :

Le Nouveau-Brunswick utilise une approche rigoureuse « axée sur les commentaires » pour cerner les préoccupations des citoyens sur un éventail de questions de santé. Au cours d'un mois type de 2016–2017, le ministère de la Santé a donné suite aux préoccupations des Néo-Brunswickois dont il a pris note, soit entre 100 et 150, sur des questions comme l'accès à des soins primaires ou spécialisés, l'approbation de produits pharmaceutiques, l'accès à des services dans la langue de son choix, les temps d'attente pour des services particuliers, la structure de programmes donnés, etc. La page Web du Ministère offre plusieurs façons de transmettre ses commentaires, notamment des adresses postales et électroniques, des numéros de téléphone et un service de messagerie Web. Aucun commentaire relatif à la surfacturation ou à des frais modérateurs n'a été reçue en 2016–2017.

2. MONTANT DES FRAIS MODÉRATEURS (NOTAMMENT LES FRAIS D'ÉTABLISSEMENT)

a) Montant global des frais modérateurs perçus dans la province pour des services hospitaliers assurés, tels que définis dans la loi pour « hôpital » et « services hospitaliers » :	0 \$
b) Montant global des frais modérateurs perçus pour des services assurés fournis par un médecin dans une clinique, tels qu'établis dans la politique fédérale sur les cliniques privées :	0 \$

Explication de la méthode utilisée pour déterminer le montant des frais modérateurs (même si le montant est nul) :

Le Nouveau-Brunswick utilise une approche rigoureuse « axée sur les commentaires » pour relever les préoccupations des citoyens sur un éventail de questions de santé. Au cours d'un mois type de 2016–2017, le ministère de la Santé a donné suite aux préoccupations des Néo-Brunswickois dont il a pris note, soit entre 100 et 150, sur des questions comme l'accès à des soins primaires ou spécialisés, l'approbation de produits pharmaceutiques, l'accès à des services dans la langue de son choix, les temps d'attente pour des services particuliers, la structure de programmes donnés, etc. La page Web du Ministère offre plusieurs façons de transmettre ses commentaires, notamment des adresses postales et électroniques, des numéros de téléphone et un service de messagerie Web. Aucun commentaire relatif à la surfacturation ou à des frais modérateurs n'a été reçue en 2016–2017.

TOTAL FOR EXTRA-BILLING AND USER CHARGES	0 \$
---	-------------

QUEBEC

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 14 décembre 2018

Madame Gigi Mandy
Directrice exécutive
Division de la Loi canadienne sur la santé
Direction générale de la politique stratégique
Santé Canada
Immeuble Brooke-Claxton, 8^e étage
70, promenade la Colombine, pré Tunney
Indice de l'adresse 0908C
Ottawa (Ontario) K1A 0K9

Madame,

La présente fait suite à la lettre adressée au sous-ministre de la Santé et des Services sociaux, monsieur Michel Fontaine, le 5 novembre dernier. Il y était demandé, pour l'année 2016–2017, le montant total de la surfacturation et des frais modérateurs.

Au Québec, le régime d'assurance maladie est balisé par la Loi sur l'assurance maladie. Or, cette loi ne permet pas l'imposition de frais modérateurs. Elle interdit de plus à toute personne d'exiger ou de recevoir tout paiement d'une personne pour des frais accessoires à un service assuré, sauf dans des cas prescrits par règlement ou prévus dans une entente et aux conditions qui y sont mentionnées.

Dans le but de clarifier encore plus explicitement cette interdiction, le Gouvernement du Québec a entériné un projet de règlement afin que soient expressément interdits tous les frais liés aux services assurés par le régime d'assurance maladie québécois ainsi que tous les frais accessoires qui sont prévus dans les ententes de rémunération avec les médecins. Ce règlement est en vigueur depuis janvier 2017. Bien entendu, advenant que des gestes, quels qu'ils soient, contreviennent à la législation et à la réglementation québécoises, la Régie de l'assurance maladie du Québec prend les mesures qui s'imposent afin de rectifier la situation.

Comme vous n'êtes pas sans le savoir, le domaine de la santé et des services sociaux relève de la compétence exclusive des provinces, de sorte que le Québec entend demeurer le maître d'oeuvre de la gestion, de l'organisation et de la planification des soins et des services sur son territoire.

Qui plus est, c'est envers l'Assemblée nationale et la population du Québec que le Gouvernement du Québec est imputable du fonctionnement du système de santé québécois. Le Québec continuera ainsi à s'acquitter de cette responsabilité à l'égard de la population québécoise, laquelle jugera de la qualité et de l'accessibilité des services qui lui sont offerts par notre système de santé.

Vous pouvez consulter, pour votre information, le rapport annuel de gestion 2016–2017 du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), déposé à l'Assemblée nationale le 4 octobre 2017, lequel rend compte de la gestion par le Québec de son système de santé et que vous trouverez sur le site Internet du MSSS dans la section Publications du MSSS.

Veillez agréer, Madame, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Valérie Fontaine, directrice

Direction des affaires intergouvernementales
et de la coopération internationale

N/Réf. : 18-MS-03361-07

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 22 février 2019

Monsieur Simon Kennedy
Sous-ministre
Santé Canada
70, promenade Colombine, pré Tunney
Ottawa (Ontario) K1A 0K9

Monsieur le Sous-Ministre,

Nous avons pris connaissance de votre lettre du 20 février dernier concernant les frais chargés par des médecins du Québec à des patients en 2016–2017 ainsi que de la Politique de remboursement relative à la Loi canadienne sur la santé.

Tel que demandé, nous vous confirmons donc que nous sommes d'accord avec le contenu de votre résumé de haut niveau des plans que le Québec a mis en oeuvre pour éliminer les frais chargés par des médecins du Québec à des patients. De plus, nous vous confirmons que le montant de 8 256 024 \$ en frais chargés par des médecins du Québec est bel et bien le montant rapporté sur 10 mois des conclusions du Vérificateur général du Québec.

Veuillez agréer, Monsieur le Sous-Ministre, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Le sous-ministre,
Yvan Gendron

N/Réf. : 19-MS-01783

ONTARIO

1. MONTANT DE SURFACTURATION

Le montant global de surfacturation perçu par les médecins et les dentistes dans la province pour des services de santé assurés :	\$ NIL
---	--------

Explication de la méthode utilisée pour déterminer le montant de surfacturation rapporté (même si le montant est nul) :

La *Loi de 2004 sur l'engagement d'assurer l'avenir de l'assurance-santé* (LEAAAS) est un texte législatif de l'Ontario qui interdit à toute personne ou entité d'exiger des frais d'un assuré pour la prestation de l'ensemble ou d'une partie d'un service assuré (comme des services médicaux ou de chirurgie dentaire) aux termes du Régime d'assurance-santé de l'Ontario (RASO); une pratique appelée « surfacturation ».

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario (le Ministère) enquête sur toute infraction éventuelle à la LEAAAS qui est portée à son attention. Les plaintes de patients concernant d'éventuelles infractions à cette loi ou les questions du public lui sont transmises au moyen d'une ligne téléphonique sans frais et d'une adresse courriel prévues à cette fin. Outre par les plaintes de patients, les infractions présumées sont portées à l'attention du Ministère par d'autres sources, comme les médias, les publicités, les députés provinciaux, Santé Canada, etc.

Les enquêtes sur les cas de surfacturation suivent un processus décrit dans la LEAAAS, processus dans le cadre duquel un examen des dossiers de patients précis est souvent requis pour déterminer si un service particulier fourni au patient était assuré. Conformément à la LEAAAS, le Ministère peut exiger ces dossiers ou autres renseignements pertinents auprès des fournisseurs. Si l'enquête révèle qu'un patient a fait l'objet d'une pratique illégale de surfacturation de la part d'un médecin ou d'un dentiste, le Ministère s'assure que le montant total est remboursé au patient.

Le Ministère prend aussi des mesures pour prévenir la surfacturation en effectuant des enquêtes proactives aux termes de la LEAAAS. Ces enquêtes, qui ne sont pas associées à des plaintes particulières de patients, visent à cibler des fournisseurs dans des domaines d'exercice à haut risque reconnus pour régulièrement donner lieu à la surfacturation. Dans de nombreux cas, ces enquêtes sont menées pour sensibiliser les fournisseurs et permettre au Ministère de leur rappeler leurs obligations en vertu de la *Loi canadienne sur la santé* et de la LEAAAS et de veiller à ce que leurs pratiques de facturation soient modifiées en conséquence pour respecter la législation provinciale. De plus, le Ministère a déjà lancé des initiatives d'information des patients pour hausser la sensibilisation du grand public aux mesures de protection prévues par la LEAAAS et l'encourager à formuler des plaintes dans le cadre du programme connexe de sorte que des enquêtes soient ouvertes. Par exemple, le Ministère tient à jour une page Web sur laquelle il fournit au public des renseignements sur la LEAAAS, notamment les interdictions qu'elle prévoit (c.à.d. surfacturation, resquillage [voie d'évitement de file d'attente], honoraires forfaitaires illégaux), la façon de déterminer si une personne a été facturée pour un service assuré ou l'accès à celui-ci ainsi que la façon de communiquer avec le Ministère pour ouvrir une enquête.

La LEAAAS comprend des dispositions relatives aux infractions provinciales prévoyant que les particuliers et les personnes morales présumés enfreindre la LEAAAS sont passibles d'amendes s'ils sont déclarés coupables d'une infraction en vertu de la *Loi sur les infractions provinciales*. De plus, lorsqu'une enquête menée aux termes de la LEAAAS révèle une possible fraude ou une facturation inappropriée au titre du Régime d'assurance-santé de l'Ontario, l'affaire est confiée à l'Unité ministérielle de la responsabilisation à l'égard des paiements ou, pour les cas plus graves, à l'Unité des enquêtes sur la fraude dans le système de santé de la Police provinciale de l'Ontario.

Le montant total de surfacturation rapporté plus haut représente le montant net des paiements non autorisés imposés en Ontario pour des services médicaux ou de chirurgie dentaires assurés, montant ayant été établi à la suite de 52 enquêtes menées en vertu de la LEAAS et achevées au cours de la période du 1^{er} avril 2016 au 31 mars 2017. Le total de ces paiements non autorisés s'élevé à 13 125,00 \$ pour la période visée. Toutefois, pour chaque enquête dans laquelle le Ministère a établi qu'un paiement non autorisé avait été perçu, le patient a été remboursé au complet par la personne ou l'entité en cause ou encore par le Ministère, qui a ensuite réclamé le montant au fournisseur en plus de frais administratifs de 150,00 \$ pour chaque paiement non autorisé perçu. Ce faisant, il en est résulté un montant net de surfacturation de 0,00 \$ pour l'exercice 2016-2017.

Des 52 enquêtes sur les cas présumés de paiements non autorisés pour des services médicaux ou dentaires, 48 portaient sur des services médicaux et 4 sur des services dentaires.

Des 48 enquêtes menées en vertu de la LEAAS pour des frais imposés pour des services médicaux, 16 ont confirmé une pratique illégale de surfacturation pour des services médicaux assurés. Le total de ces frais imposés illégalement s'élevait à 9 228,00 \$ pour les services suivants :

N ^{BRE} DE CAS	DESCRIPTION DU SERVICE	FRAIS POUR LE SERVICE (\$)	N ^{BRE} DE PATIENTS REMBOURSÉS	MONTANT TOTAL FACTURÉ (\$)	MONTANT TOTAL REMBOURSÉ AU (X) PATIENT(S) (\$)
1	Septorhinoplastie (c.-à-d. avec approbation ministérielle préalable)	3 390,00	1	3 390,00	3 390,00
3	Excision de lésions (chalazion, lipome, etc.)	300,00 – 1 293,00	3	1 988,00	1 988,00
3	Services associés à une chirurgie de la cataracte assurée par le RASO (lentilles intraoculaires, tests, etc.)	125,00 – 1 100,00	3	1 990,00	1 990,00
1	Endoscopie sous sédation	1 150,00	1	1 150,00	1 150,00
3	Autres services ophtalmologiques (rétinographie, injections pour le traitement de la dégénérescence maculaire, etc.)	50,00 – 375,00	3	475,00	475,00
2	Prescriptions (c.-à-d. orthétique, physiothérapie, massothérapie)	40,00	2	80,00	80,00
1	Injections	75,00	1	75,00	75,00
1	Examen médical d'un patient sans carte d'assurance-maladie valide, mais admissible à la couverture du RASO à la date de prestation du service	60,00	1	60,00	60,00
1	Cryothérapie pour le traitement de lésions cutanées (c.-à-d. kératose actinique)	20,00	1	20,00	20,00
16	Total des cas de surfacturation pour des services médicaux			9 228,00	9 228,00

Les 4 enquêtes menées en vertu de la LEAAS pour des frais imposés pour des services dentaires ont permis de confirmer une pratique illégale de surfacturation pour des services dentaires assurés. Le total des frais imposés illégalement s'élevait à 3 897,00 \$ pour les services suivants :

N ^{BRE} DE CAS	DESCRIPTION DU SERVICE	FRAIS POUR LE SERVICE (\$)	N ^{BRE} DE PATIENTS REMBOURSÉS	MONTANT TOTAL FACTURÉ (\$)	MONTANT TOTAL REMBOURSÉ AU (X) PATIENT(S) (\$)
1	Examen dentaire	150,00	1	150,00	150,00
3	Chirurgie dentaire (extraction, reconstruction de la crête alvéolaire, etc.) effectuée à l'hôpital	500,00 – 2 249,00	3	3 747,00	3 747,00
4	Total des cas de surfacturation pour des services dentaires	Total de la surfacturation pour des services dentaires		3 897,00	3 897,00

2. MONTANT DES FRAIS MODÉRATEURS (NOTAMMENT LES FRAIS D'ÉTABLISSEMENT)

a) Montant global des frais modérateurs perçus dans la province pour des services hospitaliers assurés, tels que définis dans la loi pour « hôpital » et « services hospitaliers » :	\$ NIL
b) Montant global des frais modérateurs perçus pour des services assurés fournis par un médecin dans une clinique, tels qu'établis dans la politique fédérale sur les cliniques privées :	\$ NIL

Explication de la méthode utilisée pour déterminer le montant des frais modérateurs (même si le montant est nul) :

En Ontario, la LEAAS interdit à toute personne ou entité d'exiger des frais d'un assuré pour la prestation de l'ensemble ou d'une partie d'un service hospitalier assuré au titre du Régime d'assurance-santé de l'Ontario (RASO), ce qui est désigné l'imposition de « frais modérateurs ». Pour les services offerts à l'extérieur d'un hôpital, la *Loi sur les établissements de santé autonomes* (LESA) interdit à toute personne d'imposer des frais pour le coût de locaux, d'équipement, de fournitures ou de personnel qui s'ajoutent en tant qu'appui, aide ou complément nécessaire à certains services assurés au titre du RASO (« frais d'établissement »).

Le programme de la LEAAS du Ministère sert aussi à enquêter sur des frais modérateurs ou frais d'établissement imposés illégalement par les hôpitaux ou autres établissements de santé. Si une enquête menée aux termes de la LEAAS révèle qu'un patient a payé des frais modérateurs ou des frais d'établissement illégaux à un hôpital ou à un établissement, le Ministère s'assure que le montant total est remboursé au patient.

Le Ministère prend aussi des mesures pour prévenir l'imposition illégale de frais modérateurs ou de frais d'établissement en effectuant des enquêtes proactives aux termes de la LEAAS et en lançant des initiatives de sensibilisation et d'information auprès des fournisseurs et des patients.

Le montant total indiqué plus haut représente le montant net des frais modérateurs d'hôpitaux ou des frais d'établissement imposés illégalement en Ontario, montant ayant été établi à la suite de 22 enquêtes menées en vertu de la LEAAAS et achevées au cours de la période du 1^{er} avril 2016 au 31 mars 2017.

Le total de ces frais imposés illégalement s'élève à 143 030,41 \$ pour la période visée. Toutefois, pour chaque enquête dans laquelle le Ministère a confirmé l'imposition illégale de frais d'établissement ou de frais modérateurs par un hôpital, le patient a été remboursé au complet par la personne ou l'entité en cause ou encore par le Ministère, qui a ensuite réclamé le montant au fournisseur ou à l'entité en plus de frais administratifs pour chaque paiement non autorisé perçu. Ce faisant, il en est résulté un montant net de 0,00 \$ découlant de l'imposition illégale de frais d'établissement ou de frais modérateurs par des hôpitaux en 2016-2017.

Du nombre d'enquêtes menées concernant des cas présumés d'imposition illégale de frais modérateurs d'hôpitaux ou de frais d'établissement, 8 visaient des hôpitaux et 14 des établissements de santé autres que des hôpitaux.

Des 8 enquêtes menées en vertu de la LEAAAS relativement à l'imposition de frais pour des services hospitaliers, 2 ont confirmé l'imposition illégale de frais modérateurs pour des services hospitaliers assurés. Le total de ces frais imposés illégalement s'élevait à 1 356,66 \$ pour les services suivants :

N ^{BRE} DE CAS	DESCRIPTION DU SERVICE	FRAIS POUR LE SERVICE (\$)	N ^{BRE} DE PATIENTS REMBOURSÉS	MONTANT TOTAL FACTURÉ (\$)	MONTANT TOTAL REMBOURSÉ AU (X) PATIENT(S) (\$)
1	Injection de Botox avec guidage électromyographique (EMG) (p. ex. pour le traitement de la dystonie cervicale)	1 257,32	1	1 257,32	1 257,32
1	Tests de densité minérale osseuse	99,34	1	99,34	99,34
2	Total de cas où des hôpitaux ont imposé des frais modérateurs	Total des frais modérateurs imposés par des hôpitaux		1 356,66	1 356,66

Des 14 enquêtes menées en vertu de la LEAAS sur des frais imposés par des établissements autres que des hôpitaux, 5 ont confirmé l'imposition illégale de frais d'établissement. Le total de ces frais s'élevait à 141 673,75 \$ pour les services suivants :

N ^{BRE} DE CAS	DESCRIPTION DU SERVICE	FRAIS POUR LE SERVICE (\$)	N ^{BRE} DE PATIENTS REMBOURSÉS	MONTANT TOTAL FACTURÉ (\$)	MONTANT TOTAL REMBOURSÉ AU (X) PATIENT(S) (\$)
1	Montant forfaitaire, incluant la prestation de services assurés associés à des procédures pour une colonoscopie assurée par le RASO (prestation de conseils par téléphone, rédaction de documents, transfert de dossiers, prescriptions, etc.)	40,00	3 501	140 040,00	140 040,00
1	Services associés à la chirurgie de la cataracte assurée par le RASO	1 200,00	1	1 200,00	1 200,00
1	Procédure d'avortement	250,00	1	250,00	250,00
1	Services associés à la fécondation in vitro (FIV) (surveillance du cycle, analyses de sang, analyse de sperme, etc.)	143,75	1	143,75	143,75
1	Examen médical d'un patient sans carte d'assurance-maladie valide, mais admissible à la couverture du RASO à la date de prestation du service	40,00	1	40,00	40,00
5	Total de cas où des frais d'établissement ont été imposés illégalement	Total des frais d'établissement imposés illégalement		141 673,75	141 673,75

TOTAL POUR LA SURFACTURATION ET LES FRAIS MODÉRATEURS

NUL \$

MANITOBA

1. MONTANT DE SURFACTURATION

Le montant global de surfacturation perçu par les médecins et les dentistes dans la province pour des services de santé assurés :	0 \$
---	------

Explication de la méthode utilisée pour déterminer le montant de surfacturation rapporté (même si le montant est nul) :

Le ministère de la Santé, des Aînés et de la Vie active a une capacité limitée de surveiller les frais facturés par les médecins ou les dentistes qui ne sont pas employés des offices régionaux de la santé.

Le Ministère compte sur les éléments ci-dessous pour déterminer qu'il n'y a pas eu surfacturation :

- › aucune plainte de résidents concernant la surfacturation de services de santé assurés;
- › aucun cas de surfacturation relevé dans le cadre de la vérification régulière des pratiques de facturation des médecins;
- › interdiction relative à la surfacturation prévue dans la *Loi sur l'assurance-maladie* et peine prévue pour dissuader les offices régionaux de la santé, les hôpitaux, les médecins, etc.
- › article 66 – Infraction relative aux frais non admissibles

2. MONTANT DES FRAIS MODÉRATEURS (NOTAMMENT LES FRAIS D'ÉTABLISSEMENT)

a) Montant global des frais modérateurs perçus dans la province pour des services hospitaliers assurés, tels que définis dans la loi pour « hôpital » et « services hospitaliers » :	0 \$
b) Montant global des frais modérateurs perçus pour des services assurés fournis par un médecin dans une clinique, tels qu'établis dans la politique fédérale sur les cliniques privées :	0 \$

Explication de la méthode utilisée pour déterminer le montant des frais modérateurs (même si le montant est nul) :

Éléments permettant de déterminer qu'il n'y a pas eu surfacturation :

- › aucune plainte de résidents concernant la surfacturation de services de santé assurés;
- › confirmation des directeurs responsables des finances des offices régionaux de la santé;
- › interdiction relative à la surfacturation prévue dans la *Loi sur l'assurance-maladie* et peine prévue pour dissuader les offices régionaux de la santé, les hôpitaux, les médecins, etc.
- › article 66 – Infraction relative aux frais non admissibles

TOTAL POUR LA SURFACTURATION ET LES FRAIS MODÉRATEURS	0 \$
--	-------------

SASKATCHEWAN

1. MONTANT DE SURFACTURATION

Le montant global de surfacturation perçu par les médecins et les dentistes dans la province pour des services de santé assurés :	0 \$
---	------

Explication de la méthode utilisée pour déterminer le montant de surfacturation rapporté (même si le montant est nul) :

Pour l'exercice 2016-2017, la Saskatchewan fait état d'un montant de surfacturation égal à 0 \$.

La Saskatchewan ne possède aucune information selon laquelle des frais ont été surfacturés au cours de la période de référence. Conformément à la *Saskatchewan Medical Care Insurance Act*, il est interdit aux médecins et aux dentistes qui fournissent des services assurés de facturer aux patients des montants qui dépassent les montants versés pour ces services aux termes de cette loi, à moins que le médecin ou le dentiste ait fait le choix de ne pas recevoir les paiements prévus au titre de ladite loi.

Le médecin ou le dentiste qui fait le choix de ne pas participer doit en aviser la province. Cette dernière n'a reçu aucun avis au cours de la période de référence.

En ce qui a trait à la surfacturation, un suivi de la conformité est effectué au moyen de consultations avec l'autorité provinciale de santé, les médecins et les dentistes, ainsi que de l'examen de toute plainte du public.

Lorsqu'un bénéficiaire présente une demande de remboursement pour les montants versés directement à un médecin pour la prestation de services médicaux assurés pour lesquels des frais supplémentaires ont été facturés, un message est envoyé au bénéficiaire (avec une copie conforme au médecin) afin de lui indiquer qu'aux termes du paragraphe 18(1.1) de la *Saskatchewan Medical Care Insurance Act*, un médecin doit accepter le montant négocié en tant que paiement complet des services assurés fournis à un bénéficiaire. Une fois que les Services médicaux ont versé le montant pour les services médicaux admissibles, tout écart entre le montant facturé par le médecin et le montant versé par les Services médicaux doit être prélevé directement auprès du médecin. Si le bénéficiaire souhaite déposer une plainte, il lui est alors indiqué d'adresser celle-ci au Collège des médecins et des chirurgiens de la Saskatchewan.

Toute personne qui souhaite déposer une plainte pour surfacturation peut communiquer avec le Collège des médecins et des chirurgiens de la Saskatchewan. L'article 7.1 (code de déontologie) des règlements du Collège prévoit ce qui suit pour les médecins : [traduction libre]

- › Traiter tous les patients avec respect; s'abstenir de les exploiter à des fins personnelles.
Toute infraction au code de déontologie ou tout défaut de s'y conformer constitue une conduite inconvenante, préjudiciable, non professionnelle et déshonorante aux fins de l'application de la *Medical Care Insurance Act*.

2. MONTANT DES FRAIS MODÉRATEURS (NOTAMMENT LES FRAIS D'ÉTABLISSEMENT)

a) Montant global des frais modérateurs perçus dans la province pour des services hospitaliers assurés, tels que définis dans la loi pour « hôpital » et « services hospitaliers » :	0 \$
b) Montant global des frais modérateurs perçus pour des services assurés fournis par un médecin dans une clinique, tels qu'établis dans la politique fédérale sur les cliniques privées :	0 \$

Explication de la méthode utilisée pour déterminer le montant des frais modérateurs (même si le montant est nul) :

La Saskatchewan ne possède aucune information selon laquelle des frais modérateurs ont été perçus au cours de la période de référence. La province n'est pas au courant de l'imposition de frais pour des services assurés fournis dans un hôpital, une pratique interdite aux termes de la *Loi canadienne sur la santé*. Elle n'est pas au courant non plus de l'imposition de frais supplémentaires pour des services assurés dans une clinique, conformément à la politique fédérale sur les cliniques privées.

Il est à noter que la loi provinciale *The Saskatchewan Medical Care Insurance Act* prévoit des dispositions stipulant que tout montant exigé d'un bénéficiaire par un médecin qui fournit des services assurés ou comme condition à la prestation d'un service assuré en excédant du montant à verser pour ledit service en vertu de la cette loi, est considéré comme des frais.

En ce qui a trait aux frais modérateurs, un suivi de la conformité est effectué au moyen de consultations avec l'autorité provinciale de santé, les médecins et les dentistes, ainsi que de l'examen de toute plainte du public.

Toute personne qui souhaite déposer une plainte pour l'imposition de frais modérateurs peut communiquer avec le Collège des médecins et des chirurgiens de la Saskatchewan. L'article 7.1 (code de déontologie) des règlements du Collège prévoit ce qui suit pour les médecins : [traduction libre]

- › Traiter tous les patients avec respect; s'abstenir de les exploiter à des fins personnelles.
Toute infraction au code de déontologie ou tout défaut de s'y conformer constitue une conduite inconvenante, préjudiciable, non professionnelle et déshonorante aux fins de l'application de la *Medical Care Insurance Act*.

Commentaires généraux sur la politique 2 pour 1 pour l'IRM et les tomodensitogrammes

Il est à noter qu'avant que la Saskatchewan ne mette en œuvre sa politique 2 pour 1 pour l'IRM, il était possible dans certaines provinces, depuis quelques décennies, de payer de sa poche pour des services d'IRM en milieu communautaire, et ce, sans que ces provinces ne voient leur montant déduit au titre du Transfert canadien en matière de santé.

La Saskatchewan note également que sa politique 2 pour 1 pour l'IRM et les tomodensitogrammes vise à élargir les possibilités pour les patients. Dans le passé, certains patients ont choisi de payer pour un service d'IRM dans une autre province. En offrant cette possibilité en Saskatchewan, les résidents demeurent plus près de leur foyer et économisent sur les frais de déplacement. L'exigence propre à la Saskatchewan, qui consiste à obliger les fournisseurs privés à offrir un deuxième tomodensitogramme, sans frais, à un particulier sur la liste d'attente du système public, assure un avantage également pour le système public.

La *Patient Choice Medical Imaging Act* (PCMIA) vise à assurer une surveillance de la qualité des images produites dans les établissements privés et à ce que ces établissements ne nuisent pas au fonctionnement du système public en leur interdisant de recruter du personnel ou des médecins du système public.

L'ajout de tomodensitogrammes payés au privé en guise de complément aux services financés par le secteur public donne la possibilité d'accroître la capacité dans les hôpitaux et de diminuer l'ensemble des temps d'attente du système public. Cet ajout permet aussi d'accroître la capacité du système de santé, sans frais pour les contribuables, et d'aider à diminuer les temps d'attente généraux.

La Saskatchewan travaille avec une entreprise externe à l'évaluation de sa politique sur le paiement de services d'IRM dans les cliniques privées. Cette évaluation sera achevée en 2019.

Commentaires généraux sur l'administration de médicaments par voie intraveineuse en milieux communautaires

En 1994, la Saskatchewan a adopté une politique sur la couverture de médicaments d'ordonnance généralement administrés à des malades chroniques en milieux hospitaliers à des patients à leur domicile. Voir la lettre datée du 2 août 2001 adressée à l'ancien directeur général intérimaire des Affaires intergouvernementales, Frank Fedyk.

Aux termes du régime provincial d'assurance-médicaments précédent, des quotes-parts et franchises pouvaient s'appliquer aux médicaments par voie intraveineuse pour des maladies chroniques. Nous comprenons que les coûts seraient assumés par les districts de santé lorsqu'ils ne sont pas entièrement financés par le gouvernement de la Saskatchewan.

En adoptant cette politique, la Saskatchewan est consciente du risque de non-respect du critère d'intégralité prévu dans la *Loi canadienne sur la santé*, mais elle juge que cette pratique favorise le congé rapide de l'hôpital pour les patients et prévient même leur admission en premier lieu.

TOTAL POUR LA SURFACTURATION ET LES FRAIS MODÉRATEURS
--

0 \$

ALBERTA

1. MONTANT DE SURFACTURATION

Le montant global de surfacturation perçu par les médecins et les dentistes dans la province pour des services de santé assurés :	0 \$
---	------

Explication de la méthode utilisée pour déterminer le montant de surfacturation rapporté (même si le montant est nul) :

Le ministère de la Santé de l'Alberta a examiné l'état financier des montants actuels de surfacturation et de frais modérateurs, établi au titre de la *Loi canadienne sur la santé*, pour la période du 1^{er} avril 2016 au 31 mars 2017 ainsi que les lignes directrices en matière de rapports.

MONTANT DE SURFACTURATION : 0

La méthode utilisée pour établir les montants de surfacturation et de frais modérateurs est décrite ci-après :

1. 1. Le ministère de la Santé de l'Alberta a mené des vérifications et des examens de la conformité en vertu de la Alberta Health Care Insurance Act (AHCIA), laquelle reprend les principes fondamentaux de la *Loi canadienne sur la santé*.
2. 2. Conformément aux dispositions ci-dessous de la AHCIA, les pratiques de surfacturation et d'imposition de frais modérateurs sont interdites : [traduction libre]
 - › Le paragraphe 9(1) de la AHCIA (surfacturation) prévoit qu'aucun médecin ou dentiste participant au Régime d'assurance-santé de l'Alberta et fournissant des services assurés à un patient n'a le droit d'exiger ou de percevoir du patient une somme qui s'ajoute aux prestations versées par le ministre pour ces services.
 - › Le paragraphe 11(1) de la AHCIA (autres frais interdits) prévoit que personne n'a le droit d'exiger ni de percevoir de quiconque a) une somme en échange de biens ou de services fournis comme condition pour recevoir un service assuré fourni par un médecin ou dentiste qui participe au Régime d'assurance-santé de l'Alberta ou b) une somme dont le paiement est exigé comme condition pour recevoir un service assuré fourni par un médecin ou dentiste qui participe au Régime d'assurance-santé de l'Alberta et qui s'ajoute aux prestations payables par le Ministre pour le service assuré.
 - › Les paragraphes 26(1)(2)(3) stipulent qu'un assureur (société d'assurance, employeur, personne morale ou groupe non constitué en personne morale qui gère un régime d'autoassurance) ne peut pas conclure, émettre, maintenir ou renouveler un contrat, ou établir ou renouveler un régime d'autoassurance, selon lequel un résident ou groupe de résidents bénéficie de services de santé de base prépayés ou de services complémentaires de santé ou encore d'une indemnisation pour une partie ou la totalité du coût de tels services de base ou complémentaires.
 - › Les articles 18 et 39 autorisent le ministère de la Santé de l'Alberta à réévaluer les demandes de paiement et à mener des vérifications et des examens de la conformité après que le ministre a effectué le paiement. Pour mener ces vérifications et examens, les fonctionnaires du ministère de la Santé peuvent entrer sur les lieux et examiner les dossiers de praticiens pour recueillir des données probantes, lesquelles aideront à déterminer les montants de surfacturation et de frais modérateurs qui constituent une infraction à la AHCIA.

3. Le ministère de la Santé utilise les moyens suivants pour dissuader la surfacturation et l'imposition de frais modérateurs :
 - › autorisations accordées au ministre en vertu des paragraphes 9(2), 11(3)(4), 12(1), 13(3) et 14(a)(b) de la AHCIA d'émettre des avertissements aux praticiens, d'envoyer des contraventions aux organismes de réglementation professionnelle des praticiens, de refuser la participation de praticiens au Régime d'assurance-santé, de recouvrer des prestations versées, de recouvrer et de rembourser un montant exigé ou perçu comme autres frais interdits et d'imposer des amendes;
 - › processus de planification axé sur les risques pour cerner les secteurs susceptibles de donner lieu à des pratiques de facturation inappropriées aux termes de la AHCIA, ce qui comprend le non-respect des dispositions interdisant la surfacturation;
 - › publication du bulletin *Med 184* le 25 mai 2016 visant à fournir de l'information aux médecins et au personnel de la facturation au sujet des activités de facturation interdites en vertu des articles 9 et 11 de la AHCIA. Le bulletin est affiché sur le site Web du ministère de la Santé (<https://open.alberta.ca/publications>) et est joint à titre indicatif.
4. Les patients de l'Alberta qui ont des questions ou des préoccupations relatives à la surfacturation ou aux frais modérateurs peuvent communiquer avec le ministère de la Santé. Les principales façons de soumettre une demande de renseignements ou de déposer une plainte sont les suivantes :
 - › communiquer avec le Régime d'assurance-maladie de l'Alberta par téléphone, télécopieur, courrier ou courriel;
 - › appeler la Alberta Health TIPS Line – les patients peuvent utiliser cette ligne pour exprimer leurs préoccupations; les appels concernant des médecins ou des demandes de paiement sont redirigés à l'unité responsable (Claims Specialist Unit);
 - › la ligne téléphonique Statement of Benefits Paid (SOBP) – il s'agit du relevé des services médicaux reçus par un patient pendant une période donnée pour lesquels des paiements ont été effectués par le Régime d'assurance-maladie de l'Alberta. Le relevé comprend les dates, les types généraux de services, le nom des médecins et les montants versés aux médecins. Dans l'éventualité où un résident observe sur son relevé des services de santé qu'il n'a pas reçus, il peut le mettre en évidence et retourner le relevé au ministère aux fins d'examen.
 - › En outre, si les fonctionnaires du Ministère constatent des irrégularités dans la facturation au moment de traiter des demandes de paiement, ils peuvent amorcer une enquête.
5. Lorsqu'ils reçoivent une demande de renseignements ou une plainte, les fonctionnaires du ministère de la Santé consignent l'information sur une feuille de suivi, effectuent un examen préliminaire et consultent le plaignant, et le médecin, au besoin, pour obtenir des renseignements supplémentaires sur le contexte de la facturation. Il se produit généralement l'une des trois situations suivantes :
 - 1) la demande de renseignements au sujet de la facturation est réglée avec le patient ou le professionnel de la santé grâce à des précisions fournies sur la couverture au titre du Régime d'assurance-maladie de l'Alberta;
 - 2) si l'erreur de facturation est confirmée, le professionnel de la santé en est informé; le paiement est repris et, au besoin, le patient est remboursé;
 - 3) si la question ne peut être réglée avec le professionnel de la santé par la communication ou l'information, un examen de la conformité est entrepris.

6. En 2016–2017, un patient a présenté une demande de renseignements au ministère de la Santé concernant la surfacturation pour un montant de 118,00 \$ pour la consultation d'un psychiatre. Plusieurs tentatives ont été faites pour joindre le patient et la clinique, en vain.
7. Le ministère de la Santé utilise un processus de planification axé sur les risques pour cerner les secteurs susceptibles de donner lieu à des pratiques de facturation inappropriées aux termes de la AHCI, qui comprend des dispositions en cas de non-respect de l'interdiction de surfacturation et d'imposition de certains frais par quiconque. Suivant ce processus, les cas jugés à haut risque sont sélectionnés pour une vérification ou un examen de la conformité. Les sujets englobent tous les médecins et autres professionnels de la santé rémunérés à l'acte par le Régime d'assurance-santé ou selon d'autres modes de rémunération cliniques. Les paiements aux hôpitaux, dirigés et financés par Alberta Health Services, sont exclus du processus.
8. Le ministère de la Santé de l'Alberta ne rend pas compte des vérifications et examens de la conformité qui ne sont pas encore achevés.

2. MONTANT DES FRAIS MODÉRATEURS (NOTAMMENT LES FRAIS D'ÉTABLISSEMENT)

a) a) Montant global des frais modérateurs perçus dans la province pour des services hospitaliers assurés, tels que définis dans la loi pour « hôpital » et « services hospitaliers » :	0 \$
b) Montant global des frais modérateurs perçus pour des services assurés fournis par un médecin dans une clinique, tels qu'établis dans la politique fédérale sur les cliniques privées :	0 \$

Explication de la méthode utilisée pour déterminer le montant des frais modérateurs (même si le montant est nul)

Comme ci-dessus.

TOTAL POUR LA SURFACTURATION ET LES FRAIS MODÉRATEURS	0 \$
--	-------------

COLOMBIE-BRITANNIQUE

1. MONTANT DE SURFACTURATION

Le montant global de surfacturation perçu par les médecins et les dentistes dans la province pour des services de santé assurés :

› Frais établis en fonction des plaintes de patients non résolues	7 533 \$
› En fonction de la méthode de Santé Canada conformément à la pièce jointe	16 169 726 \$

Explication de la méthode utilisée pour déterminer le montant de surfacturation rapporté (même si le montant est nul) :

La province a mis en œuvre un programme continu de vérification de la surfacturation et prévoit mener des vérifications auprès des cliniques de façon cyclique. Elle a promulgué des modifications législatives, qui entreront en vigueur sous peu, pour l'application de la *Loi canadienne sur la santé*.

Méthode 2016–2017 pour l'extrapolation des données de vérification de la Colombie-Britannique

Les tableaux ci-après présentent les résultats de la méthode utilisée par la province pour déterminer le montant des frais surfacturés dans les centres de chirurgie privés en Colombie-Britannique au cours de 2016–2017. La méthode de calcul de la surfacturation est la suivante :

L'ensemble des centres de chirurgie privés ont été divisés selon la taille des établissements (petits, moyens, grands) en fonction du nombre de médecins y pratiquant. Les centres ont ensuite été divisés à nouveau selon que les établissements ont fait l'objet d'une vérification ou non (audités ou non audités).

Établissements audités

Dans le cadre de son programme d'intégrité de la facturation, le ministère de la Santé a effectué une vérification auprès de six centres de chirurgie privés de la province au cours de 2016–2017. Ces centres sont les suivants : False Creek Surgical Centre, Seafield Surgical Centre, Okanagan Surgical Centre, New Westminster Surgery Centre, Prince George Surgical Centre et Kamloops Surgical Centre. Pour chacun (à l'exception de celui de Kamloops pour lequel la vérification des dossiers est encore en cours), la liste des montants surfacturés calculés est présentée ci-dessous. En ce qui concerne le Cambie Surgical Centre, le montant utilisé a été établi à partir des données fournies dans l'affaire *Cambie Surgeries Corporation (Cambie) et al. c. Medical Services Commission et al.*

Établissements non audités

La vérification des petits, moyens et grands établissements a permis le calcul d'un coût moyen par médecin. Ce coût moyen par médecin a été multiplié par le nombre de médecins dans chaque clinique non auditée afin d'obtenir un montant de surfacturation pour l'ensemble de la province.

Conclusion

La méthode utilisée a permis d'établir à 16,2 M\$ le montant des frais surfacturés par les centres de chirurgie privés en Colombie-Britannique à déclarer à Santé Canada.

TABLEAU 1 : ESTIMATION DES FRAIS IMPOSÉS AUX PATIENTS DANS DES ÉTABLISSEMENTS DE CHIRURGIE PRIVÉS (2016-2017)

ÉTABLISSEMENT DE CHIRURGIE	CATÉGORIE ¹ D'ÉTABLISSEMENT	N ^{BRE} DE MÉDECINS	FACTURATION MOYENNE ESTIMÉE PAR MÉDECIN (\$) ⁸	ESTIMATION DES FRAIS IMPOSÉS AUX PATIENTS (\$) ⁷	ERREURS NON EXTRAPOLÉES RELEVÉES (\$)
Établissements non audités					
White Rock Orthopaedic Surgery Centre ¹	Petit	8	3 555	28 440	S.O.
Valley Surgery Centre ¹	Moyen	25	14 023	350 575	S.O.
ASC Vancouver Surgical Centre ¹	Moyen	29	14 023	406 667	S.O.
Victoria Surgical Centre ¹	Moyen	56	14 023	785 288	S.O.
Kamloops Surgical Centre ^{1,4}	Moyen	32	14 023	448 736	S.O.
Établissements audités					
False Creek Health Care Centre ²	Grand	103		6 095 172	532 551
Seafield Surgical Centre ²	Petit	22		2 979	2 979
Okanagan Surgical Centre ²	Moyen	43		430 983	170 040
New Westminster Surgical Centre ²	Moyen	54		973 199	594 793
Prince George Surgical Centre ^{2,3}	Petit	21		146 476	146 476
Cambie Surgical Centre ^{2,5}	Grand	126		4 703 885	S.O.
Total				14 372 400	1 446 839

TABLEAU 2 : ESTIMATION DES FRAIS IMPOSÉS AUX PATIENTS POUR TOUTES LES SOURCES

SOURCE DES FRAIS AUX PATIENTS	MONTANT ESTIMÉ DES FRAIS AUX PATIENTS (\$)	ERREURS DE SURFACTURATION NON EXTRAPOLÉES RELEVÉES (\$)
Établissements de chirurgie (susmentionnés)	14 372 400	1 446 839
False Creek – médecine familiale (extrapolation à l'échelon de la clinique en C.-B.) ⁶	444 424	25 211
Erreurs de surfacturation de l'établissement False Creek associées à des IRM ⁹	1 352 902	21 525
Total	16 169 726	1 493 575

¹ Les cliniques ont été divisées en catégories selon le nombre de médecins-chirurgiens : petits établissements (<25); moyens établissements (>25<100) et grands établissements >100 médecins.

² Ces cliniques ont été auditées par le ministère de la Santé de la C.-B. et les montants de surfacturation ont été calculés.

³ Prince George Surgery Centre a été examiné au complet (100 %). L'erreur représente donc un montant réel et non extrapolé. De plus, l'erreur indiquée pour l'établissement Prince George repose sur l'examen initial effectué par l'inspecteur médical. Le montant exprimé en erreur pourrait changer à la lumière de nouvelles vérifications.

⁴ La partie de la vérification se déroulant sur place au Kamloops Surgery Centre est terminée. Toutefois, l'examen des dossiers médicaux se poursuit; il n'y a aucun calcul du montant de la surfacturation. Le montant a donc été estimé suivant la même méthode que pour les établissements non audités.

⁵ Les cliniques ayant été catégorisées comme de grands établissements sont False Creek et Cambie Surgery Centre. Au lieu d'utiliser le taux moyen des grands établissements pour estimer le montant des frais imposés aux patients au Cambie Surgery Centre, le montant de ces frais a été calculé à partir de l'information recueillie par Santé Canada des données fournies dans l'affaire *Cambie Surgeries Corporation (Cambie) et al. c. Medical Services Commission et al.*

⁶ Le montant de la surfacturation en médecine familiale n'a pas été pris en compte dans le rapport à la Medical Services Commission en raison de limitations de la portée. Ce montant s'élevait à 444 424 \$.

⁷ Les montants de surfacturation pour les établissements audités proviennent du rapport de vérification. Les montants pour les établissements non audités ont été calculés selon la formule dans la note.

⁸ Montant estimé de la facturation moyenne par médecin (en \$).

⁹ L'échantillon de l'établissement Seafeld considéré erroné provenait d'une population ayant fait l'objet d'un examen complet (100 %).

PETITES CLINIQUES

ÉTABLISSEMENT AUDITÉ	SURFACTURATION PAR MÉDECIN (MONTANT CALCULÉ DE LA SURFACTURATION / N ^{BRE} DE MÉDECINS)
Seafeld Surgical Centre	135,41
Prince George Surgical Centre	6 975,05
Surfacturation moyenne par médecin dans un petit établissement (montant arrondi)	3 550,00

MOYENNES CLINIQUES

ÉTABLISSEMENT AUDITÉ	SURFACTURATION PAR MÉDECIN (MONTANT CALCULÉ DE LA SURFACTURATION / N ^{BRE} DE MÉDECINS)
Okanagan Surgical Centre	10 022,86
New Westminster Surgical Centre	18 022,20
Surfacturation moyenne par médecin dans un moyen établissement (montant arrondi)	14 023,00

GRANDES CLINIQUES

ÉTABLISSEMENT AUDITÉ	SURFACTURATION PAR MÉDECIN (MONTANT CALCULÉ DE LA SURFACTURATION / N ^{BRE} DE MÉDECINS)
False Creek Surgical Centre	59 176,43
Cambie Surgical Centre	37 332,42
Surfacturation moyenne par médecin dans un grand établissement (montant arrondi)	48 255,00

En vertu de la loi en vigueur, mise à jour en avril 2019, la facturation d'IRM au privé n'est pas considérée de la surfacturation.

2. MONTANT DES FRAIS MODÉRATEURS (NOTAMMENT LES FRAIS D'ÉTABLISSEMENT)

a) Montant global des frais modérateurs perçus dans la province pour des services hospitaliers assurés, tels que définis dans la loi pour « hôpital » et « services hospitaliers » :	0 \$
b) Montant global des frais modérateurs perçus pour des services assurés fournis par un médecin dans une clinique, tels qu'établis dans la politique fédérale sur les cliniques privées :	0 \$

Explication de la méthode utilisée pour déterminer le montant des frais modérateurs (même si le montant est nul) :

TOTAL POUR LA SURFACTURATION ET LES FRAIS MODÉRATEURS	16 177 259 \$
--	----------------------

YUKON

1. MONTANT DE SURFACTURATION

Le montant global de surfacturation perçu par les médecins et les dentistes dans la province pour des services de santé assurés :	0 \$
---	------

Explication de la méthode utilisée pour déterminer le montant de surfacturation rapporté (même si le montant est nul) :

Au Yukon, il n'y a aucune surfacturation pour des services assurés. Les consultations chez le médecin et à l'hôpital sont entièrement couvertes et, actuellement, le territoire n'a ni clinique privée, ni hôpital ou centre de chirurgie privé.

2. MONTANT DES FRAIS MODÉRATEURS (NOTAMMENT LES FRAIS D'ÉTABLISSEMENT)

a) a) Montant global des frais modérateurs perçus dans la province pour des services hospitaliers assurés, tels que définis dans la loi pour « hôpital » et « services hospitaliers » :	0 \$
b) Montant global des frais modérateurs perçus pour des services assurés fournis par un médecin dans une clinique, tels qu'établis dans la politique fédérale sur les cliniques privées :	0 \$

Explication de la méthode utilisée pour déterminer le montant des frais modérateurs (même si le montant est nul) :

Au Yukon, il n'y a pas de frais modérateurs ou de frais d'établissement pour des services assurés. Les consultations chez le médecin et à l'hôpital sont entièrement couvertes et, actuellement, le territoire n'a ni clinique privée, ni hôpital ou centre de chirurgie privé.

TOTAL POUR LA SURFACTURATION ET LES FRAIS MODÉRATEURS	0 \$
--	-------------

TERRITOIRES DU NORD-OUEST

1. MONTANT DE SURFACTURATION

Le montant global de surfacturation perçu par les médecins et les dentistes dans la province pour des services de santé assurés :	\$ NIL
---	--------

Explication de la méthode utilisée pour déterminer le montant de surfacturation rapporté (même si le montant est nul) :

Les Territoires du Nord-Ouest ont deux textes législatifs qui interdisent la surfacturation et l'imposition de frais modérateurs. Le paragraphe 14(1) de la *Loi sur l'assurance-maladie* stipule : « Il est interdit à un médecin de demander à un assuré ou de recouvrer d'un assuré des honoraires supérieurs à la prestation relative au service assuré, sauf s'il a fait un choix qui est encore en vigueur. » De même, le paragraphe 8(2) du *Règlement sur l'assurance-hospitalisation* pris en vertu de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des services de santé et des services sociaux* prévoit : « Dans le cas d'un hôpital ou d'un hôpital fédéral situé dans une province ou un territoire participant aux termes de la loi fédérale [c.-à-d. la Loi canadienne sur la santé], le taux exigible ne peut être supérieur à celui établi par la province ou le territoire en cause pour cet hôpital, moins les frais autorisés. » Par conséquent, les résidents des Territoires du Nord-Ouest sont protégés contre la surfacturation et l'imposition de frais modérateurs lorsqu'ils reçoivent des services assurés sur le territoire, ainsi qu'à l'extérieur de celui-ci, en vertu d'une entente de facturation réciproque.

2. MONTANT DES FRAIS MODÉRATEURS (NOTAMMENT LES FRAIS D'ÉTABLISSEMENT)

a) Montant global des frais modérateurs perçus dans la province pour des services hospitaliers assurés, tels que définis dans la loi pour « hôpital » et « services hospitaliers » :	NUL \$
b) Montant global des frais modérateurs perçus pour des services assurés fournis par un médecin dans une clinique, tels qu'établis dans la politique fédérale sur les cliniques privées :	NUL \$

Explication de la méthode utilisée pour déterminer le montant des frais modérateurs (même si le montant est nul) :

Les T. N.-O. ont mis en place un système « axé sur les plaintes » et prennent des mesures pour répondre aux préoccupations et améliorer les soins et les services pour leurs résidents. Lorsqu'un résident a une préoccupation ou un problème relativement à un soin reçu, il est d'abord encouragé à discuter avec son fournisseur de soins de santé local. Si le problème ne peut être réglé, il est invité à communiquer avec son représentant des patients désigné pour l'aider à corriger la situation et déposer une plainte officielle. Au cours de la période de référence 2016-2017, aucune plainte n'a été présentée au sujet de la surfacturation ou de frais modérateurs dans les T. N.-O.

TOTAL POUR LA SURFACTURATION ET LES FRAIS MODÉRATEURS	NUL \$
--	---------------

NUNAVUT

1. MONTANT DE SURFACTURATION

Le montant global de surfacturation perçu par les médecins et les dentistes dans la province pour des services de santé assurés :	\$ NIL
---	--------

Explication de la méthode utilisée pour déterminer le montant de surfacturation rapporté (même si le montant est nul) :

Tous les médecins praticiens sont des employés contractuels du gouvernement du Nunavut et, à ce titre, ils ne facturent pas à l'acte. Par conséquent, il n'y a aucune surfacturation à rapporter.

2. MONTANT DES FRAIS MODÉRATEURS (NOTAMMENT LES FRAIS D'ÉTABLISSEMENT)

a) Montant global des frais modérateurs perçus dans la province pour des services hospitaliers assurés, tels que définis dans la loi pour « hôpital » et « services hospitaliers » :	\$ NIL
--	--------

b) Montant global des frais modérateurs perçus pour des services assurés fournis par un médecin dans une clinique, tels qu'établis dans la politique fédérale sur les cliniques privées :	\$ NIL
---	--------

Explication de la méthode utilisée pour déterminer le montant des frais modérateurs (même si le montant est nul) :

Tous les établissements de soins de santé au Nunavut sont détenus et exploités par le gouvernement du Nunavut ou par des entrepreneurs embauchés par celui-ci. Le ministère de la Santé ne facture aucuns frais supplémentaires aux clients pour l'utilisation des établissements de soins de santé au Nunavut. La réponse à la présente demande est donc sans objet (montant nul).

TOTAL POUR LA SURFACTURATION ET LES FRAIS MODÉRATEURS	\$ NIL
--	---------------



ANNEXE E

PLANS D'ACTION ET RAPPORTS D'ÉTAPE EN MATIÈRE DE REMBOURSEMENT

En vertu de la Politique de remboursement, les provinces et territoires (PT) qui font l'objet d'une déduction au titre du Transfert canadien en matière de santé (TCS) en raison des frais imposés aux patients sont admissibles à un remboursement s'ils démontrent que des mesures ont été prises pour se conformer à la *Loi canadienne sur la santé* et que les frais imposés aux patients ont été éliminés.

À la suite d'une déduction au titre du TCS en raison des frais imposés aux patients, les fonctionnaires de Santé Canada travaillent en collaboration avec les fonctionnaires des PT pour parvenir à un plan d'action convenu d'un commun accord. Étant donné que les circonstances conduisant à des déductions varient d'une province ou d'un territoire à l'autre, les conditions de remboursement et les plans d'action qui en découlent varient également. Toutefois, l'objectif primordial de la politique de remboursement est l'élimination efficace des frais imposés aux patients.

En plus du plan d'action en matière de remboursement, les PT doivent soumettre à Santé Canada des rapports d'étape annuels qui décrivent le degré de mise en œuvre du plan. Après examen du rapport de la province ou du territoire, si Santé Canada est convaincu que les éléments clés du plan d'action ont été réalisés, la province ou le territoire peut recevoir un remboursement partiel ou total. Après un premier cycle de déduction et de remboursement, si Santé Canada reste convaincu que les frais imposés aux patients ont été éliminés, la politique de remboursement permet le remboursement immédiat des déductions ultérieures du TCS.

Les plans d'action et les rapports d'étape des PT sur la réalisation de leurs plans sont publiés dans les pages suivantes.

Pour plus de détails sur la Politique de remboursement, veuillez consulter l'annexe B qui comprend le texte intégral.

[Voici le texte du Plan d'action de la Colombie-Britannique afin d'éliminer la surfacturation et du Plan d'action de Terre-Neuve-et-Labrador en matière de remboursement]

PLAN D'ACTION DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE AFIN D'ÉLIMINER LA SURFACTURATION

Le présent rapport décrit le Plan d'action de la Colombie-Britannique visant à éliminer la surfacturation. Au cœur de ce plan se trouve la mise en œuvre du projet de loi 92, soit la modification de la *Medicare Protection Act* de la Colombie-Britannique (annexe A), qui renforce les dispositions législatives de la province contre la surfacturation.

Contexte

La *Loi canadienne sur la santé* exige que le gouvernement fédéral impose des pénalités pécuniaires aux provinces en cas de surfacturation. Par conséquent, le montant que la Colombie-Britannique reçoit dans le cadre du Transfert canadien en matière de santé a donc été réduit. Les déductions antérieures du gouvernement fédéral déclarées par la Colombie-Britannique à Santé Canada se chiffrent à environ 200 000 \$ par année. En 2017–2018, le ministère de la Santé a procédé à la vérification de trois cliniques privées. D'après ces vérifications, Santé Canada a estimé que la surfacturation en Colombie-Britannique pour l'exercice 2015–2016 s'élevait à 15,9 millions de dollars et, par conséquent, ce montant a été déduit du financement fédéral en santé accordé à la province.

Au printemps 2018, le ministre de la Santé de la Colombie-Britannique a annoncé, partiellement pour que la province soit en conformité avec la *Loi canadienne sur la santé*, que le gouvernement mettrait en vigueur les autres dispositions du projet de loi 92 de 2003 afin d'améliorer la capacité de la province à répondre à la surfacturation et à y remédier. La majeure partie de ces dispositions sont entrées en vigueur le 1^{er} octobre 2018. Parmi les modifications principales on peut citer :

- › De nouvelles dispositions liées aux infractions concernant la surfacturation pour les praticiens ou les cliniques quant à la violation des dispositions de la *Medicare Protection Act* (la Loi), notamment des amendes pouvant s'élever à 10 000 \$ pour une première infraction et à 20 000 \$ pour les infractions ultérieures; [art. 46(5.1) et (5.2)]
- › La Medical Services Commission pourra alors annuler l'inscription du praticien qui : (a) contrevient; (b) tente de contrevénir; ou (c) autorise, aide ou permet à autrui de contrevénir, aux dispositions concernant la surfacturation énoncées dans la Loi (art. 15);
- › Un bénéficiaire (ou la personne qui paie pour le service) a droit à un remboursement du montant payé en contravention des dispositions concernant la surfacturation énoncées dans la Loi (art. 20);
- › La Medical Services Commission pourra rembourser un bénéficiaire (ou la personne qui paie pour un service assuré) en échange de la cession d'une demande découlant de la surfacturation, et recouvrer la dette auprès de la personne qui a facturé indûment le service; (art. 21)
- › Les limites générales de surfacturation imposées aux praticiens inscrits ont été précisées (art. 17);
- › La portée des limites de surfacturation de la part des médecins praticiens non inscrits est élargie (art. 18).

En plus des changements susmentionnés, le projet de loi 92 inclut l'interdiction de facturer des services diagnostiques (art. 18.1). Cette disposition devrait entrer en vigueur le 1^{er} avril 2019.

La mise en œuvre de ces dispositions permet de renforcer l'application de la loi concernant la surfacturation, et réaffirme l'engagement de la province à l'égard des soins de santé publics universels.

La force exécutoire des dispositions du projet de loi 92 a été contestée devant les tribunaux dans l'affaire *Cambie Surgeries Corporation c. le procureur général de la Colombie-Britannique*. Le 23 novembre 2018, la Cour suprême de la Colombie-Britannique a prononcé une injonction interdisant l'application des dispositions concernant la surfacturation prévue dans la Loi, et ce, jusqu'au 1^{er} juin 2019 ou sur ordonnance supplémentaire du tribunal. La Colombie-Britannique fait appel de cette décision.

Depuis que la Colombie-Britannique a annoncé la mise en œuvre du projet de loi 92, certaines mesures ont été prises. Le texte qui suit fournit un résumé de l'approche adoptée par la province en vue de cette mise en œuvre.

Avis à l'intention des médecins et des cliniques

Le 10 septembre 2018, une lettre (annexe B) a été envoyée à tous les médecins praticiens autorisés, centres diagnostiques agréés et cliniques de chirurgie privées pour les aviser des changements. Ces lettres ont été envoyées par courrier recommandé pour s'assurer de disposer d'une attestation de livraison.

Des sections du site Web du gouvernement de la Colombie-Britannique à l'intention des médecins praticiens, <https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/practitioner-professional-resources/msp> (en anglais seulement), ont été mises à jour pour décrire les changements apportés. On y trouve, entre autres, une FAQ à l'intention des praticiens, ainsi que les coordonnées pour obtenir de plus amples renseignements (annexe C).

Partenaires et intervenants

Des séances d'information ont été tenues avant le 1^{er} octobre 2018 avec diverses associations, notamment Doctors of BC, le BC College of Physicians and Surgeons, l'Association canadienne de protection médicale ainsi que les vice présidents de la médecine des autorités de la santé, afin de faire connaître les changements législatifs et les nouvelles attentes.

Sensibilisation du public

Le 4 avril 2018, le ministère de la Santé a publié un communiqué de presse annonçant que la province mettrait en vigueur les autres dispositions du projet de loi 92, dont l'entrée en vigueur est prévue pour le 1^{er} octobre 2018. Un autre communiqué de presse a été publié le 7 septembre 2018, soit une mise à jour générale sur le projet de loi 92 et la prolongation de six mois, jusqu'au 1^{er} avril 2019, des mesures aux termes de la *Medicare Protection Act* applicables aux services diagnostiques.

Certaines sections pertinentes du site Web du gouvernement de la Colombie-Britannique à l'intention du public ont été mises à jour afin de bien mettre en évidence des alertes qui dirigeront les patients directement, au moyen de nombreux mécanismes, vers des renseignements concernant la surfacturation. Voici des exemples de ces sections :

- › Sur la page d'accueil « Health » (Santé) du gouvernement de la C Colombie-Britannique, <https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health> (en anglais seulement), on a modifié la formulation dans la rubrique Popular Topics (sujets populaires) afin d'indiquer que les renseignements sur la surfacturation figurent à la page Web MSP for BC Residents (régime de services médicaux pour les résidents de la Colombie-Britannique). Cette page comporte un bouton d'alerte qui dirige les patients directement vers des renseignements au sujet de la surfacturation : <https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/health-drug-coverage/msp/bc-residents> (en anglais seulement).
- › Il est possible d'accéder à d'autres liens vers des renseignements sur la surfacturation à partir de la page d'accueil, dans les rubriques Health Care Complaints (plaintes en matière de soins de santé), <https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/about-bc-s-health-care-system/health-care-complaints> (en anglais seulement) et Medical Services Plan (régime de services médicaux), <https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/health-drug-coverage/msp> (en anglais seulement).

Les renseignements pertinents à l'intention des patients au sujet des changements à la *Medicare Protection Act* et de la possibilité d'obtenir un remboursement auprès de la Medical Services Commission figurent à la page suivante <https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/health-drug-coverage/msp/bc-residents/benefits/additional-fees-and-charges> (en anglais seulement). Les mises à jour comprennent également une FAQ à l'intention des patients, ainsi que des coordonnées afin de poser d'autres questions (annexe D).

Le ministère de la Santé surveillera les demandes de renseignements des patients et envisagera d'utiliser d'autres formats pour mettre les renseignements à la disposition du public, au besoin.

Contrats avec les autorités de la santé

À l'heure actuelle, dix contrats ont été conclus entre les autorités de la santé et des cliniques de services de chirurgie privées. Le ministère de la Santé a transmis une lettre le 13 septembre 2018 avisant toutes les autorités de la santé des attentes au sujet de la passation de contrats entre ces autorités et les cliniques privées pour la prestation de services médicaux (annexe E). Cette lettre comprenait l'obligation pour toutes les autorités de la santé de modifier leurs contrats actuels de services de chirurgie conclus avec les cliniques privées afin d'y inclure des dispositions de résiliation de contrat en cas de surfacturation. Pour se conformer aux contrats modifiés, les médecins praticiens et les cliniques doivent signer des énoncés de conformité (annexe F). Cette lettre concernant les attentes a été revue et corrigée en prenant compte de l'ordonnance du tribunal (annexe G), tout comme l'a été l'énoncé de conformité – désormais appelé « avis à l'intention des médecins » (annexe H).

Medical Services Commission – Conformité et surveillance

Le ministère de la Santé a élaboré un ensemble de processus opérationnels pour protéger les patients contre la surfacturation. Toutefois, en raison de la récente ordonnance du tribunal, le Ministère n'est pas en mesure pour l'instant de mettre en œuvre ces processus. Ceux-ci comprennent le traitement des plaintes, les enquêtes sur les allégations et la détermination de la présence ou non d'une surfacturation. Une fois que le Ministère sera en mesure d'aller de l'avant, ces processus permettront à la Medical Services Commission de rembourser directement les bénéficiaires, d'absorber la dette au nom d'un

bénéficiaire et de recouvrer les frais auprès du praticien ou de la clinique. Une fois que l'application de la loi ne sera plus interdite par l'ordonnance du tribunal, les infractions de surfacturation pourront également être acheminées à la Audit and Investigations Branch du ministère de la Santé et à la Special Investigations Unit afin de recommander des frais et des pénalités, s'il y a lieu. Comme indiqué ci-dessus, le Ministère fait appel de la récente ordonnance du tribunal et cherchera à faire invalider l'injonction.

Services d'imagerie diagnostique et d'analyse de laboratoire

Le 8 août 2018, l'honorable Ginette Petitpas Taylor, ministre de la Santé du gouvernement du Canada, a envoyé à Adrian Dix, ministre de la Santé de la Colombie-Britannique, une lettre concernant la Politique des services diagnostiques du gouvernement fédéral. Dans sa lettre, la ministre Petitpas Taylor mentionnait ce qui suit :

« Je comprends pleinement qu'il faudra du temps pour certaines provinces ou certains territoires afin d'harmoniser les systèmes provinciaux et territoriaux à la Politique des services diagnostiques. Comme je l'ai mentionné à Winnipeg, la politique n'entrera pas en vigueur avant le 1^{er} avril 2020 et la déclaration de renseignements sur les frais imposés aux patients pour les services diagnostiques commencera en décembre 2022 (pour l'exercice 2020-2021). Cela signifie, en conformité avec la Loi canadienne sur la santé, que toute déduction au Transfert canadien en matière de santé serait faite en mars 2023. Si, pendant la période intérimaire, une province ou un territoire a éliminé les frais imposés aux patients pour les services diagnostiques, cette province ou ce territoire serait admissible pour un remboursement de fonds déduits par l'entremise de la nouvelle Politique de remboursement. »

De plus, le 20 septembre 2018, le sous-ministre de la Santé du gouvernement du Canada, Simon Kennedy, a transmis à l'ensemble des provinces et des territoires un courriel sur la question des services diagnostiques dont voici un extrait :

« Vous remarquerez que la ministre a indiqué que la Politique des services diagnostiques entrera en vigueur à compter du 1^{er} avril 2020. Cette politique précise l'application de la LCS concernant les services diagnostiques. Elle confirme la position du gouvernement fédéral selon laquelle les services diagnostiques médicalement nécessaires sont des services assurés, peu importe l'endroit où ces services sont offerts. Cela signifie que les provinces et les territoires ne déclarant pas à l'heure actuelle à Santé Canada les frais imposés aux patients en ce qui concerne les services diagnostiques médicalement nécessaires devront le faire à partir de décembre 2022 (pour l'exercice 2020-2021). Cette période d'application progressive prolongée vise à permettre aux PT où les frais imposés aux patients sont autorisés pour les services diagnostiques d'apporter les modifications nécessaires pour s'harmoniser à la Politique. Bien entendu, il est grandement encouragé d'éliminer les frais imposés aux patients avant 2020-2021. »

La Colombie-Britannique est déterminée à éliminer les frais imposés aux patients pour des services diagnostiques. À cette fin, en mars 2018, on a annoncé la mise en œuvre de la stratégie relative à l'imagerie diagnostique et chirurgicale de la Colombie-Britannique qui cherche à accélérer l'accès à toutes les modalités d'imagerie médicale dans la province et à réduire les temps d'attente relatifs à celles-ci. Pour l'exercice 2018–2019, la priorité était accordée à l'accélération de l'accès à l'imagerie par résonance magnétique (IRM), ce qui comprenait la réalisation de 37 000 examens d'IRM de plus d'ici la fin de mars 2019, l'établissement d'une méthode d'admission centralisée et d'aiguillage par groupe (s'il y a lieu) et la réduction des temps d'attente des patients de priorité élevée. À l'appui de ces initiatives, un financement additionnel de 11 millions de dollars a été mis à la disposition des autorités de la santé.

1. Nombre d'examens d'IRM

- › Pour l'exercice 2018–2019, le nombre cible d'examens d'IRM réalisés et financés par l'État s'élève à 225 000, soit quelque 35 000 examens d'IRM réalisés de plus qu'au cours de l'exercice 2017–2018.
- › Depuis le début de l'exercice (6^e période, allant jusqu'au 20 septembre 2018), la Colombie-Britannique a réalisé 103 683 examens d'IRM financés par l'État, soit :
 - › 971 examens de plus que l'objectif de cumul annuel pour la 6^e période de l'exercice 2018–2019;
 - › 25 607 examens d'IRM réalisés de plus que le nombre total cumulatif d'examens réalisés pour la 6^e période de 2017–2018.

2. Inventaire d'IRM

- › La province compte 31 appareils d'IRM qui sont utilisés plus de 800 heures par semaine.
- › On s'attend à ce qu'un nombre net de neuf nouveaux appareils d'IRM soient mis en service au cours des deux prochaines années. Le nombre net de nouveaux appareils d'IRM pourrait être plus élevé au fur et à mesure que d'autres analyses de cas sont approuvées par le Ministère.
- › Le nombre net de neuf nouveaux appareils d'IRM comprend les appareils installés dans deux cliniques d'IRM privées qui ont récemment été achetées par l'Autorité de la santé Fraser. Ces nouvelles cliniques commenceront à recevoir des patients au début de 2019.
- › Il n'existe aucun contrat actif pour la réalisation d'examens d'IRM entre les autorités de santé et les cliniques privées, mais sept contrats sont prêts sur demande, au besoin.

3. Recrutement et maintien en poste des ressources humaines en santé

- › Toutes les autorités de la santé, sauf l'Autorité de la santé du Nord, ont pu recruter de nouveaux technologues en IRM pour répondre à leurs besoins. Cela comprend l'ajout de 17 technologues en IRM dans le Lower Mainland.

- › Le recrutement et le maintien en poste des technologues en IRM ont causé des problèmes à l’Autorité de la santé du Nord. Afin de s’assurer des services des technologues en IRM, elle passe des contrats de suppléance avec un organisme établi hors province, procède à un recrutement soutenu d’équivalents temps plein (ETP) (trois postes sont actuellement affichés) et étudie d’autres options afin de remédier à la pénurie, telles que la collaboration avec d’autres autorités de la santé pour partager les ressources.

La Colombie-Britannique croit que les mesures indiquées ci-dessus permettront de traiter la demande de services d’IRM médicalement nécessaires dans la province. La Colombie-Britannique procédera également à l’entrée en vigueur, le 1^{er} avril 2019, de l’article 18.1 de la loi intitulée *Medicare Protection Act* qui rendra illégale la facturation de frais d’imagerie diagnostique par un médecin. Cela découragera la prestation privée du service et assurera une plus grande protection aux patients à qui l’on impose des frais pour des services diagnostiques médicalement nécessaires.

En ce qui concerne la loi intitulée *Laboratory Services Act*, le Ministère prévoit de présenter à l’automne et à l’hiver 2019–2020 une série de propositions d’amendements corrélatifs à l’attention du Cabinet. Ces amendements ne devraient pas être de nature significative et visent plutôt à assurer que les éléments de la *Laboratory Services Act* soient conformes avec la *Medicare Protection Act* actualisée.

Vérifications de cliniques privées

Le ministère de la Santé a réalisé trois vérifications dans des cliniques privées, soit le False Creek Healthcare Centre, le Seafield Surgical Centre et l’Okanagan Health Surgical Centre. Les résultats de ces vérifications ont été communiqués à Santé Canada conformément à l’entente signée en 2017 par nos ministres respectifs.

Le ministère de la Santé a établi une unité de vérification qui est chargée de la vérification en cours des cliniques de chirurgie privées existantes, et qui compte effectuer, au cours de l’exercice 2018–2019, trois autres vérifications sujettes à des obstacles en raison de l’ordonnance du tribunal et portant ainsi à dix le nombre de vérifications terminées et en cours, y compris celle menée à la clinique de chirurgie Cambie. Les cliniques sont choisies suivant une démarche axée sur le risque qui tient compte de différents facteurs, comme les plaintes formulées par des patients, les types de services offerts, le nombre de médecins qui fournissent des services et des preuves provenant des sites Web des cliniques qu’elles pratiquent la surfacturation.

L’objectif des vérifications comporte deux volets :

- (1) surveiller et évaluer la conformité à la *Medicare Protection Act*;
- (2) aider à effectuer une estimation exacte de l’étendue de la surfacturation dans la province.

Sous réserve de clarification par le tribunal, le ministère de la Santé est déterminé à faire preuve d’une pleine transparence et à collaborer avec Santé Canada à l’examen des conclusions de vérification au fur et à mesure que les travaux sont achevés. On suggère, dorénavant, de rétablir les téléconférences mensuelles pour discuter des conclusions des vérifications.

Exigences de déclaration de renseignements

La Colombie-Britannique est déterminée à soumettre à Santé Canada, en décembre 2018, un état financier complet et exact de la surfacturation et des frais modérateurs imposés en 2016–2017, en conformité des exigences de déclaration de renseignements énoncées dans la *Loi canadienne sur la santé* et son Règlement.

Conformément à la Politique de remboursement, la Colombie-Britannique est également déterminée à soumettre à Santé Canada un rapport en janvier 2019 en vue d'évaluer dans quelle mesure les éléments du Plan d'action ont été achevés. Ce rapport comprendra :

- › un état financier de la surfacturation et des frais modérateurs imposés en Colombie-Britannique, le cas échéant, depuis la déduction faite en mars 2018;
- › un rapport sur les mesures qu'a prises la Colombie-Britannique pour éliminer la surfacturation et les frais modérateurs, et la manière dont ces frais ont été corrigés;
- › une attestation de l'intégralité et de l'exactitude des renseignements soumis.

Conclusion

En résumé, le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique fait appel de l'ordonnance du tribunal afin d'être en mesure de mettre en application les dispositions du projet de loi 92 et, en cas de succès, surveillera et évaluera l'impact de la mise en œuvre de loi 92. Le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique déterminera également s'il est nécessaire d'apporter d'autres modifications à la politique ou à la législation afin d'éliminer la surfacturation. En mettant en œuvre les mesures susmentionnées, la Colombie-Britannique estime avoir pris les mesures nécessaires pour éliminer la surfacturation dans la province et demande à Santé Canada le remboursement de la pénalité de 15,9 millions de dollars qui lui a été imposée pour l'exercice 2018–2019.

Au moment de la publication du présent rapport, la mise à jour de la situation de la Colombie-Britannique concernant son plan n'était pas disponible. Lorsque ce sera le cas, elle pourra être consultée sur le site www.canada.ca/fr/sante-canada/services/publications/systeme-et-services-sante/loi-canadienne-sur-la-sante-rapport-annuel-2018-2019/mise-a-jour-etat-avancement-plan-action-matiere-remboursement-colombie-britannique.html

[Voici le texte de l'ébauche du Plan d'action de Terre-Neuve-et-Labrador en matière de remboursement]

APERÇU DU PLAN D'ACTION DE TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR EN MATIÈRE DE REMBOURSEMENT

CONTEXTE

À l'hiver 2017–2018, le ministère de la Santé et des Services communautaires (le Ministère) a reçu des appels téléphoniques de bénéficiaires du régime d'assurance-santé se plaignant d'avoir eu à payer eux-mêmes pour une chirurgie de la cataracte.

ENQUÊTE

En février 2018, le Ministère a diffusé un communiqué d'intérêt public à l'intention des bénéficiaires de la province jugeant avoir été indûment facturés pour des services de chirurgie de la cataracte assurés pour annoncer la création d'une ligne téléphonique pour le signalement de ces cas.

- › Plus de 600 appels ont été reçus sur cette ligne après la diffusion du communiqué.
- › 73 appelants ont fourni des documents confirmant qu'ils avaient payé eux-mêmes les services de chirurgie de la cataracte.
 - › Selon les documents fournis, ces personnes ont déboursé des sommes totales allant de 1 000 \$ à 4 000 \$ par œil.
 - › Dans deux cas, les services avaient été obtenus en 2016–2017, ce qui a entraîné une déduction de 1 349 \$ au Transfert canadien en matière de santé à T.-N.-L. en mars 2019, conformément à la *Loi canadienne sur la santé*.
- › Le Ministère continue de prendre des appels de bénéficiaires du régime d'assurance-santé qui ont eu à assumer les coûts d'une chirurgie de la cataracte et de recueillir les documents connexes.

Mesures correctives par le remboursement des patients et la poursuite de l'enquête

Le Ministère prévoit de rembourser les patients pour l'extraction de la cataracte et le remplacement par une lentille intraoculaire à hauteur de 574,47 \$ par œil lorsque le patient a des documents prouvant qu'il a payé ces services obtenus dans une clinique privée au plus tard le 15 juin 2018. Le montant de 574,47 \$ représente les honoraires professionnels facturables pour l'extraction de la cataracte (473,09 \$) et l'insertion d'une lentille intraoculaire (101,38 \$). Le Ministère ne rembourse pas les coûts des services non assurés associés à la chirurgie de la cataracte dans une clinique privée.

- › Les appelants qui ne peuvent fournir de documents à l'appui ne seront pas comptabilisés dans les rapports exigés par la *Loi canadienne sur la santé* sur les sommes totales perçues sous forme de surfacturation ou de frais modérateurs, étant donné qu'ils ne peuvent prouver qu'ils ont assumé les coûts de la chirurgie de la cataracte.
- › À ce jour, le Ministère n'a pas communiqué avec les appelants qui n'avaient pas pu fournir de documents. Toutefois, il examinera les signalements reçus par téléphone et communiquera directement avec les patients susceptibles de satisfaire aux critères de remboursement, mais qui n'ont pas été en mesure de fournir les documents pertinents.

- › Pour veiller au remboursement des éventuels patients admissibles, le Ministère prévoit de diffuser un communiqué de presse sur le remboursement des frais pour les services professionnels assurés en guise de deuxième tentative pour inciter les patients qui ont payé des frais pour une chirurgie de la cataracte dans une clinique privée à se manifester.

DÉCLARATION JURIDIQUE

Le 28 mars 2018, dans l'affaire *Jackman c. Newfoundland and Labrador*, les demandeurs ont déposé une demande pour jugement déclaratoire à la Division de première instance (générale) de la Cour suprême de Terre-Neuve-et-Labrador aux trois motifs suivants :

- (1) il n'existe aucune interdiction légale quant à l'extraction d'un cristallin cataracté dans un cabinet privé;
- (2) l'extraction d'un cristallin cataracté réalisée par un ophtalmologiste dans un cabinet privé est un service non assuré;
- (3) une liste supplémentaire de services, lorsque ceux-ci sont fournis par un ophtalmologiste dans une clinique privée, sont des services non assurés.

Le 6 mars 2019, le juge Goodridge a déclaré ce qui suit :

- (1) avant le 15 juin 2018, il n'existait aucune interdiction légale quant à l'extraction d'un cristallin cataracté dans un cabinet privé;
- (2) avant le 15 juin 2018, l'extraction d'un cristallin cataracté réalisée par un ophtalmologiste en clinique privée était un service assuré;
- (3) la liste supplémentaire de services fournis en clinique privée sont des services non assurés.

Mesures correctives par le biais d'amendements législatifs et politiques

- › Le 15 juin 2018, des modifications législatives ont été déposées pour préciser le type de chirurgie de la cataracte qui est assuré par le régime d'assurance-santé et l'endroit où la chirurgie peut être effectuée. L'alinéa 4(1)(x.1) du *Medical Care Insurance Insured Services Regulations*, qui précise que les services non assurés englobent ceux qui ne sont pas autrement autorisés ou qui ne font pas l'objet de droits acquis dans des cliniques privées à partir d'une date donnée, a été interprété de différentes façons dans l'affaire *Jackman c. Newfoundland and Labrador*.
 - › En raison des difficultés d'interprétation de cette disposition particulière, l'article a été abrogé et remplacé le 15 juin 2018 par ce qui suit : [Traduction] 3(2) Il est entendu que l'extraction et le remplacement médicalement nécessaires d'un cristallin cataracté par toute intervention est un service assuré et doit être effectué dans un hôpital ou un établissement désigné par le lieutenant-gouverneur en conseil (Règl. 47/18).

- › Le 30 janvier 2019, le Ministère a annoncé que la chirurgie de la cataracte serait prochainement offerte dans les cabinets privés à l'échelle de la province.
 - › Le Ministère a travaillé avec la Newfoundland and Labrador Medical Association (NLMA) pour établir, le 17 avril 2019, l'annexe O intitulée « Cataract Surgery Service Fees in Non-Hospital Designated Facilities ». Il s'agit d'une modification au protocole d'entente 2013–2017 conclu entre le gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador et la NLMA.
 - › Dans le cadre de la transition vers l'inclusion de la chirurgie de la cataracte dans les cabinets privés, le Ministère travaillera avec les régies régionales de la santé pour établir un processus central d'admission dans le but de diminuer les temps d'attente pour cette chirurgie dans l'ensemble de la province.
 - › Le Ministère continue de prendre les mesures qui s'imposent en vue d'établir une politique pour la désignation des établissements non hospitaliers comprenant, sans s'y limiter, des questions touchant la sécurité des patients et l'agrément des établissements.
 - › Le Ministère envisage aussi d'adopter des lois plus vastes pour l'inclusion d'autres procédures effectuées en milieu hospitalier.
- › Le Ministère étudie des modèles pour éviter la surfacturation et les frais modérateurs associés à la chirurgie de la cataracte.
 - › Les fournisseurs travaillant à l'extérieur des établissements désignés devront informer les patients qu'ils n'ont aucune obligation d'acheter tout autre service complémentaire facultatif non assuré.
 - › Le Ministère envisage de publier des lignes directrices à l'intention des médecins et des patients sur les coûts couverts qui sont associés à la chirurgie de la cataracte. Ces lignes directrices seront rédigées dans un langage clair et simple.
- › Le 1^{er} janvier 2019, le Ministère a adopté la lentille asphérique comme nouvelle norme pour la chirurgie de la cataracte, évitant ainsi que les patients soient facturés pour la lentille de base.

CONCLUSION

Le présent plan d'action s'inscrit dans la Politique de remboursement en vertu de la *Loi canadienne sur la santé* et vise à éliminer les frais imposés aux patients pour la chirurgie de la cataracte médicalement nécessaire. Ces efforts ont été faits dans l'espoir d'obtenir un remboursement des déductions de 1 349 \$ faites en mars 2019 au Transfert canadien en matière de santé pour l'exercice 2016–2017 ainsi qu'un remboursement immédiat des déductions découlant des frais restants imposés aux patients au cours des exercices subséquents.

RAPPORT D'ÉTAPE DE JANVIER 2020, MISE EN ŒUVRE DU PLAN D'ACTION DE TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR EN MATIÈRE DE REMBOURSEMENT

ENQUÊTE

Mesures correctives par le remboursement des patients et la poursuite des enquêtes

En février 2018, le ministère de la Santé et des Services communautaires (le Ministère) a diffusé un communiqué d'intérêt public afin d'identifier les bénéficiaires de Terre-Neuve-et-Labrador qui ont été facturés directement pour une chirurgie de la cataracte assurée. Environ soixante-treize personnes qui ont appelé le Ministère ont soumis des documents indiquant qu'elles avaient payé pour une chirurgie de la cataracte assurée pour un œil ou les deux. Un examen plus détaillé des documents soumis a permis d'identifier cent huit cas (c.-à-d. yeux) chez soixante-trois bénéficiaires qui ont droit au remboursement des honoraires professionnels liés à la chirurgie de la cataracte. Le Ministère prépare une correspondance écrite à l'intention de ces personnes avec des instructions sur la manière d'obtenir le remboursement des honoraires professionnels assurés qui auraient été payés par le Medical Care Plan (MCP).

Le Ministère a également identifié quarante autres bénéficiaires qui pourraient avoir droit à un remboursement, mais les documents à l'appui de l'admissibilité n'étaient pas concluants ou n'étaient pas disponibles. Le Ministère prépare une correspondance écrite invitant ces personnes à soumettre des documents pour examen afin de déterminer l'éligibilité.

Le Ministère n'a pas encore diffusé de communication publique concernant le remboursement des frais de la chirurgie de la cataracte par les patients. Cependant, le Ministère a prévu de mettre en place une ligne téléphonique similaire à la Cataract Surgery Information Line utilisée en février 2018 pour les patients qui pourraient être éligibles au remboursement mais qui n'ont pas déclaré de frais pour une chirurgie de la cataracte en 2018.

DÉCLARATION JURIDIQUE

Mesures correctives par le biais d'amendements législatifs et politiques

Le Ministère a élaboré un projet de cadre politique pour la fourniture de services de chirurgie de la cataracte dans les établissements non hospitaliers désignés, qui est actuellement en cours d'examen par les parties prenantes. Ce cadre politique aborde les questions relatives à la sécurité des patients, à l'accréditation des établissements, ainsi qu'à la prévention des frais modérateurs et de la surfacturation.



VOUS TROUVEREZ CI-DESSOUS LES COORDONNÉES DE PERSONNES-RESSOURCES POUR LES RÉSIDENTS QUI ESTIMENT AVOIR FAIT L'OBJET DE FRAIS INAPPROPRIÉS IMPOSÉS AUX PATIENTS POUR DES SERVICES DE SANTÉ ASSURÉS

Consultez le chapitre 1 pour connaître les principales définitions de la *Loi canadienne sur la santé*. Sous chaque section provinciale et territoriale, consultez la section 2.0 Intégralité, pour des renseignements détaillés sur les services de santé assurés aux termes des régimes d'assurance-santé provinciaux ou territoriaux.

TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR

1-866-449-4459 (région d'Avalon)
1-800-563-1557

ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD

C.P. 2000
Charlottetown (Île-du-Prince-Édouard) C1A 7N8
1-902-368-6414

NOUVELLE-ÉCOSSE

Ministère de la Santé et du Mieux-être
C.P. 488
Halifax (Nouvelle-Écosse) B3J 2R8
1-902-424-5818
1-800-387-6665 (sans frais en Nouvelle-Écosse)
1-800-670-8888 (ATS/ATME)
www.novascotia.ca/dhw/about/contact

NOUVEAU-BRUNSWICK

<https://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/ministeres/sante/AssurancemaladiesMedicaments.html>

QUÉBEC

www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/assurance-maladie/services-couverts/Pages/services-couverts-frais-accessoires.aspx

ONTARIO

1-888-662-6613
protectpublichealthcare@ontario.ca

MANITOBA

Santé, Aînés et Vie active
300, rue Carlton
Winnipeg (Manitoba) R3B 3M9
1-800-392-1207
www.gov.mb.ca/health/index.fr.html

SASKATCHEWAN

1-800-667-7766
info@health.gov.sk.ca

ALBERTA

Alberta Health
Attention: Alberta Health Care Insurance Plan
C.P. 1360, succ. Main
Edmonton (Alberta) T5J 2N3
1-780-427-1432
1-310-0000 puis 780-427-1432 (sans frais en Alberta)
health.ahcipmail@gov.ab.ca

COLOMBIE-BRITANNIQUE

<https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/health-drug-coverage/msp/bc-residents/benefits/additional-fees-and-charges>

YUKON

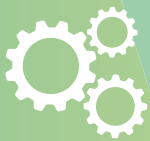
1-867-667-3774
ymc@gov.yk.ca
www.yukonmedicalcouncil.ca/complaint_process.html

TERRITOIRES DU NORD-OUEST

Administration des services de santé,
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Sac postal 9
Inuvik (Territoires du Nord-Ouest) X0E 0T0
1-800-661-0830
1-867-777-7400

NUNAVUT

Bureau des programmes d'assurance-maladie du Nunavut
Ministère de la Santé
C.P. 889
Rankin Inlet (Nunavut) X0C 0G0
1-800-661-0833
NHIP@gov.nu.ca



Gestion publique



Intégralité



Universalité



Transférabilité



Accessibilité