

2022
2023



LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ

RAPPORT ANNUEL



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 2022–2023

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 : publications-publications@hc-sc.gc.ca

© Sa Majesté le Roi du Chef du Canada, représenté par le ministre de la Santé, 2024

Date de publication : février 2024

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

Cat. : H1-4F-PDF

ISSN : 1497-9152

Pub. : 230733

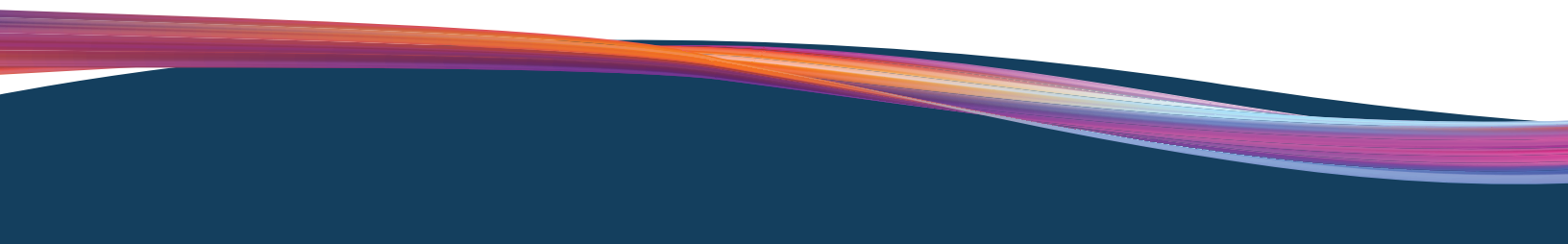


TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	1
CHAPITRE 1 APERÇU DE LA LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ.....	7
CHAPITRE 2 APPLICATION ET CONFORMITÉ.....	25
CHAPITRE 3 LES RÉGIMES D'ASSURANCE-SANTÉ PROVINCIAUX ET TERRITORIAUX EN 2022–2023 ...	47
Terre-Neuve-et-Labrador.....	50
Île-du-Prince-Édouard.....	69
Nouvelle-Écosse.....	83
Nouveau-Brunswick.....	105
Québec.....	126
Ontario.....	141
Manitoba.....	171
Saskatchewan.....	190
Alberta.....	211
Colombie-Britannique.....	239
Yukon.....	273
Territoires du Nord-Ouest.....	291
Nunavut.....	308
ANNEXE A LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ ET RÈGLEMENT CONCERNANT LES RENSEIGNEMENTS SUR LA SURFACTURATION ET LES FRAIS MODÉRATEURS.....	325
ANNEXE B ÉTATS FINANCIERS DES MONTANTS RÉELS DE SURFACTURATION ET DE FRAIS MODÉRATEURS POUR LA PÉRIODE DU 1 ^{ER} AVRIL 2020 AU 31 MARS 2021.....	351
ANNEXE C LETTRES D'INTERPRÉTATION DES POLITIQUES.....	405
ANNEXE D PLANS D'ACTION ET RAPPORTS D'ÉTAPE EN MATIÈRE DE REMBOURSEMENT.....	425
COORDONNÉES.....	473

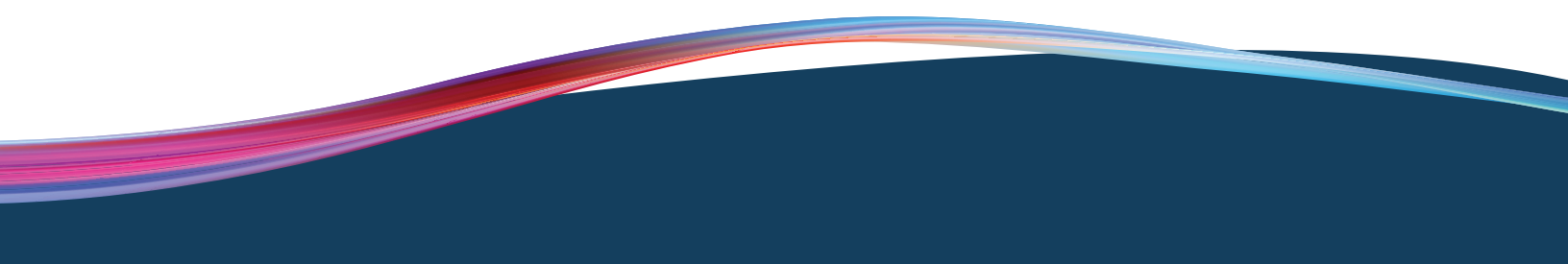


REMERCIEMENTS

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 des Soins de longue durée 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 d'occuper le poste de ministre fédéral de la Santé à un moment crucial pour le système de santé du Canada. Je présente au Parlement et aux Canadiens le Rapport annuel 2022-2023 sur l'application de la Loi canadienne sur la santé. Ce rapport décrit la façon dont le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et territoriaux ont respecté et mis en œuvre les principes de la Loi canadienne sur la santé.

Je tiens tout d'abord à souligner qu'en septembre dernier, le Canada a perdu une grande pionnière et une défenseure tenace de l'assurance maladie en la personne de l'honorable Monique Bégin.

Pendant son mandat de ministre de la Santé et du Bien-être social qui a coïncidé à un moment où notre système de soins de santé public était soumis à de fortes pressions, elle a présenté et fait adopter la *Loi canadienne sur la santé* afin que le système reflète les valeurs canadiennes d'équité, de justice et de solidarité. C'est à ce titre qu'elle est connue comme la mère de l'assurance maladie. Le gouvernement du Canada lui rend hommage en s'engageant à respecter la Loi et ses principes.

Une fois de plus, notre système de soins de santé et les travailleurs qui en forment le noyau sont soumis à d'énormes pressions, une situation qui a été exacerbée par la pandémie et ses effets persistants. Tous les niveaux de gouvernement s'accordent à dire qu'une action immédiate et continue est nécessaire pour offrir de meilleurs soins de santé aux Canadiens. En octobre dernier, j'ai rencontré mes homologues provinciaux et territoriaux à Charlottetown, où nous avons réaffirmé notre engagement à collaborer sur les priorités communes énoncées dans le plan *Travailler ensemble pour améliorer les soins de santé au Canada* : élargir l'accès aux services de santé familiale; soutenir nos travailleurs de la santé et réduire les arriérés; accroître le soutien aux services en matière de santé mentale et de toxicomanie; et moderniser les systèmes de soins de santé du Canada.

Alors que le gouvernement canadien réalise des investissements sans précédent de près de 200 milliards de dollars pour notre système de santé, je travaille avec l'ensemble des provinces et des territoires afin de veiller à ce que ces fonds soient utilisés pour offrir de meilleurs soins aux patients tout en servant à soutenir nos professionnels de la santé. Lors de l'annonce de ces investissements, le premier ministre a clairement indiqué que, lorsque les provinces et les territoires utiliseront les fonds fédéraux pour renforcer leurs systèmes de santé, ils devront respecter les principes de la *Loi canadienne sur la santé* afin que l'accès aux services assurés soit basé sur les besoins de santé et non sur la capacité ou la volonté de payer.

L'accès universel demeurant un élément fondamental de notre système de santé, chaque fois que des patients se verront imposer des frais pour des soins nécessaires, le gouvernement se verra dans l'obligation de prendre les mesures nécessaires. En mars 2023, plus de 82,5 millions de dollars de déductions obligatoires au titre du Transfert canadien en matière de santé ont été effectuées en ce qui concerne les provinces permettant qu'on impose des frais aux patients pour des services médicalement nécessaires; cela comprenait les premières déductions au titre de la Politique des services diagnostiques de la *Loi canadienne sur la santé*. Cette politique entrée en vigueur le 1er avril 2020 a officialisé la position fédérale de longue date selon laquelle les services diagnostiques médicalement nécessaires doivent être considérés comme des services assurés, quel que soit l'endroit où ils sont fournis (c.-à-d. un hôpital ou un établissement privé), et que les patients ne devraient pas se voir imposer de frais pour accéder à ces services.

L'objectif du gouvernement du Canada dans l'application de la *Loi canadienne sur la santé* n'est pas d'imposer des pénalités, mais de défendre le droit des Canadiens à ne pas avoir à déboursier d'argent pour bénéficier de services de santé médicalement nécessaires. C'est pourquoi les provinces et les territoires qui choisissent de collaborer avec Santé Canada et de prendre les mesures nécessaires afin de mettre fin aux frais imposés aux patients pour des services médicalement nécessaires, ainsi qu'aux circonstances sous-jacentes qui ont conduit à ces frais, peuvent recevoir un remboursement de leurs déductions en vertu de la Politique de remboursement de la *Loi canadienne sur la santé*.

En collaborant avec mes homologues provinciaux et territoriaux dans le but commun de fournir aux Canadiens les services dont ils ont besoin, quelle que soit leur capacité à payer, nous offrirons de meilleurs soins de santé à l'ensemble des Canadiens.

— *L'honorable Mark Holland, Ministre de la Santé*



LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ

BILAN DE L'ANNÉE 2022-2023



DANS LE BUDGET 2023, LE GOUVERNEMENT DU CANADA A ANNONCÉ DES INVESTISSEMENTS DE PRÈS DE 200 MILLIARDS DE DOLLARS SUR 10 ANS POUR AMÉLIORER LES SOINS DE SANTÉ DES CANADIENS.

Cette somme comprend **25 MILLIARDS DE DOLLARS** versés aux provinces et aux territoires (PT) pour faire avancer les priorités communes en matière de santé par le biais d'accords bilatéraux adaptés qui permettront une certaine flexibilité pour répondre aux besoins géographiques uniques des habitants de chaque province et territoire. Lorsque les PT utiliseront ces fonds pour renforcer leurs systèmes de santé, ils devront respecter les principes de la *Loi canadienne sur la santé* afin de protéger l'accès aux soins de santé en fonction des besoins et non de la capacité à payer.

En 2022-2023, les provinces et les territoires ont reçu plus de

45,2 MILLIARDS DE DOLLARS

en paiements au titre du Transfert canadien en matière de santé.



Le 6 avril 2023, la **COUR SUPRÊME DU CANADA A DÉCIDÉ DE NE PAS ENTENDRE L'APPEL** de la décision de la Cour d'appel de la Colombie-Britannique dans l'affaire *Cambie Surgeries Corporation et al c. BC (Attorney General)*, mettant ainsi un terme à cette affaire initiée en 2009.

Par cette décision, la décision de la Cour d'appel de la Colombie-Britannique dans cette affaire est maintenue, confirmant l'interdiction de la Colombie-Britannique sur les frais imposés aux patients et l'achat d'une assurance privée duplicative pour les services assurés publiquement dans le cadre du BC Medical Services Plan, ainsi que l'interdiction de facto de la Colombie-Britannique sur la double pratique des médecins.



EN MARS 2023, les premières déductions en vertu de la **Politique des services diagnostiques** ont été effectuées, ce qui s'est traduit par

PLUS DE 76,4 MILLIONS DE DOLLARS

en déductions au titre du Transfert canadien en matière de santé à la Colombie-Britannique, à l'Alberta, à la Saskatchewan, au Manitoba, au Québec, au Nouveau-Brunswick et à la Nouvelle-Écosse pour les frais imposés aux patients pour des services diagnostiques médicalement nécessaires.

PLUS DE 8,5 MILLIONS DE DOLLARS

ont également été remboursés à la C.-B. pour les mesures prises afin d'éliminer les frais imposés aux patients pour des services diagnostiques médicalement nécessaires.



Grâce aux mesures prises par les provinces pour s'assurer que les patients se voient pas imposer de frais pour des services médicalement nécessaires



PLUS DE 84,9 MILLIONS DE DOLLARS

de déductions ont été remboursés depuis 2018.



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 en vertu de la Loi. On y trouve également les lettres d'interprétation 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 la mise en œuvre de la Loi;
- › celle de l'honorable Diane Marleau annonçant la politique fédérale sur les cliniques privées;
- › 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 en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*.

L'ÉVOLUTION DU RÉGIME D'ASSURANCE-SANTÉ AU CANADA

Le régime 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* (LAHSD), 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 souvenir de la regrettée et de l'honorable Monique Bégin 1936–2023

Monique Bégin est devenue l'une des premières femmes députées du Québec au sein du cabinet libéral de 1972. On se souvient d'elle comme d'une pionnière en matière de soins de santé universels, à une époque où l'opposition était importante.

M^{me} Bégin a été ministre de la Santé et du Bien-être social de 1977 à 1979, puis de 1980 à 1984. En 1984, Bégin a introduit la Loi canadienne sur la santé afin de protéger et de promouvoir les soins de santé universels au Canada, une loi qui perdure encore aujourd'hui.

Après avoir quitté la politique en 1984, M^{me} Bégin a poursuivi une carrière fructueuse dans le monde universitaire où elle a occupé de nombreux postes. Elle a été à la fois officier et compagnon de l'Ordre du Canada et a reçu 18 doctorats honorifiques, ainsi que de nombreuses autres distinctions notables.

« On m'a appelée la sauveuse de l'assurance maladie... C'est un grand honneur, mais je n'ai fait que mon travail. »

—Monique Bégin



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*.

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 en matière 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?

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). Au cours de l'exercice 2022–2023, le TCS s'est élevé à 45 208 000 000 \$. 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 : <https://www.canada.ca/fr/ministere-finances/programmes/transferts-federaux/principaux-transferts-federaux.html>

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 (ARTICLE 2)

Les **services de santé assurés** sont les services hospitaliers, médicaux et chirurgico-dentaires (offerts par un dentiste dans un hôpital, lorsqu'un hôpital est nécessaire à la bonne exécution des interventions) médicalement nécessaires fournis aux personnes assurées, sauf si ces services sont fournis en vertu d'une autre loi du Parlement ou d'une loi provinciale ou territoriale sur les accidents du travail.

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 ... ».



Dans le Budget 2023, le gouvernement du Canada a annoncé des investissements supplémentaires en matière de santé de près de 200 milliards de dollars au cours des dix prochaines années, dont 48,7 milliards de dollars de nouveaux fonds pour les provinces et les territoires.

Le gouvernement fédéral poursuit sa collaboration avec les provinces et les territoires afin de s'assurer que les nouveaux investissements sont utilisés dans le meilleur intérêt des travailleurs de la santé et des patients, tout en respectant les principes de la *Loi canadienne sur la santé*, pour garantir que l'accès aux services de santé assurés est basé sur les besoins et non sur la capacité ou la volonté de payer.

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.

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, relatives à la surfacturation et aux frais modérateurs, qui ne s'appliquent qu'aux services de santé assurés.

LES CRITÈRES



1.0 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 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 la prestation de ces services de santé assurés.



2.0 INTÉGRALITÉ (ARTICLE 9)

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



3.0 UNIVERSALITÉ (ARTICLE 10)

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



4.0 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 santé assurés par leur province ou leur territoire « d'origine » pendant le délai de carence imposé, par la nouvelle province ou le nouveau territoire de résidence (maximum de trois mois), 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 santé assurés par leur province ou leur territoire « d'origine ». Si des assurés s'absentent temporairement de leur province ou de leur territoire, le critère de transférabilité exige que les services de santé assurés qu'elles reçoivent soient payés au tarif de la province d'accueil. Si les assurés séjournent hors du pays, les services de santé assurés doivent être payés au tarif de la province de résidence.

Le critère de transférabilité vise à permettre à une personne de recevoir des services médicalement nécessaires en rapport avec un besoin urgent ou nouveau lorsqu'elle s'absente temporairement (p. ex. pour des raisons d'affaires ou des vacances), mais ne permet pas aux résidents d'obtenir des services ou d'écourter le temps d'attente pour des services non urgents ou nouveaux.

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.



5.0 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 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 santé assurés qu'ils fournissent;
- › le versement de montants aux hôpitaux à l'égard du coût des services de santé assurés.

LES CONDITIONS



1.0 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.



2.0 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 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 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 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 de santé assuré, en plus du montant payé par le régime d'assurance-santé provincial ou territorial. Par exemple, si un médecin 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 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 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 un cabinet privé). En d'autres termes, si les patients devaient payer des frais pour recevoir des services 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 à l'accès.

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 DE SANTÉ 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.

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 ou sont incomplets. 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.

Les états financiers provinciaux et territoriaux de la surfacturation et des frais modérateurs reçus au cours de la période de référence sont présentés à l'annexe B.

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 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 (sauf s'ils sont assurés par le régime d'assurance-santé provincial ou territorial), la délivrance de certificats médicaux requis (p. ex. pour le travail, l'école, les assurances), 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 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 de santé 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 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 Petitpas 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 est entrée en vigueur le 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 médicalement nécessaires, notamment les services diagnostiques, sont assurés quel que soit le lieu où ils sont fournis. En vertu de cette politique, les provinces et les territoires devront rendre compte des frais imposés aux patients pour les services diagnostiques médicalement nécessaires en décembre 2022 (pour tous les frais imposés aux patients qui ont eu lieu en 2020–2021) et sera publié dans le Rapport annuel 2022–2023 sur l'application de la *Loi canadienne sur la santé*.

Politique de remboursement

Si une province ou un territoire fait l'objet d'une déduction obligatoire, 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.

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.



Le saviez-vous?

Depuis le 1^{er} avril 2020, toute facturation aux patients de services d'imagerie diagnostique médicalement nécessaires, tels que l'IRM ou la TDM, quel que soit le lieu où ces services sont fournis (c.-à-d. hôpital ou établissement privé), est considérée contraire à la *Loi canadienne sur la santé*. Les provinces et territoires qui autorisent les frais imposés aux patients pour ces services ont été soumis à leurs premières déductions au titre du Transfert canadien en matière de santé en vertu de la politique en mars 2023. Si vous croyez qu'on vous a imposé des frais inappropriés pour des services de santé assurés, vous pouvez signaler ceux-ci au ministère de la Santé de votre province ou territoire en composant les numéros de téléphone indiqués au dos de ce rapport. Vous pouvez également vous adresser à la Division de la Loi canadienne sur la santé à : medicare_hc@hc-sc.gc.ca



DISSIPER LES MYTHES RELATIFS À LA LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ

MYTHE : Tous les soins de santé au Canada doivent être fournis par le secteur public.

FAIT :

La *Loi canadienne sur la santé* n'interdit pas la prestation de services de santé par des entreprises privées, à condition que les résidents n'aient pas à payer pour les services de santé assurés. En fait, de nombreux pans du secteur des soins de santé au Canada sont fournis par le secteur privé. Les médecins de famille facturent le plus souvent le régime d'assurance-santé provincial ou territorial en tant qu'entrepreneurs privés. Les hôpitaux sont souvent constitués en fondations privées, et de nombreux aspects des soins hospitaliers (p. ex. les services de laboratoire, l'entretien ménager et la literie) sont assurés par le secteur privé. Enfin, dans de nombreuses provinces et territoires, des établissements privés sont engagés par contrat pour fournir des services dans le cadre du régime d'assurance-santé.

MYTHE : Les soins de santé au Canada sont gratuits.

FAIT :

Même si vous n'avez pas à payer d'avance lorsque vous recevez des services médicalement nécessaires, les soins de santé au Canada ne sont pas gratuits. Les soins de santé au Canada sont financés par les recettes fiscales aux niveaux provincial, territorial et fédéral. En répartissant le coût des soins de santé sur l'ensemble de la population, chacun est assuré de recevoir les soins dont il a besoin, sans le lourd fardeau financier que les frais médicaux pourraient représenter pour une famille ou un individu.

Si vous croyez qu'on vous a imposé des frais inappropriés pour des services de santé assurés, veuillez communiquer avec votre province ou territoire respectif en utilisant les renseignements contenus dans la section Coordonnées du rapport ou en vous adressant à la Division de la Loi canadienne sur la santé à medicare_hc@hc-sc.gc.ca.

MYTHE : Je peux utiliser ma carte d'assurance maladie pour trouver une liste d'attente plus courte dans une autre province ou un autre territoire.

FAIT :

Votre carte d'assurance maladie ne vous donne pas la possibilité de chercher des services dans d'autres provinces ou territoires. Bien que vous soyez couvert pour les services de santé assurés pendant des absences temporaires de votre province ou territoire de résidence, une approbation préalable peut être requise avant de pouvoir utiliser la couverture pour des services non urgents dans une autre province ou un autre territoire.

MYTHE : Je suis Canadien, j'ai donc automatiquement droit à la couverture des soins de santé.

FAIT : La citoyenneté canadienne ne vous donne pas droit à la couverture des soins de santé. Vous devez plutôt être un résident admissible dans une province ou un territoire. Les Canadiens ont leur rôle à jouer dans l'établissement et le maintien de leur couverture de soins de santé. Dans toutes les provinces et tous les territoires, vous êtes tenu de vous inscrire pour bénéficier d'une couverture, puis de maintenir votre admissibilité en renouvelant votre couverture et en demeurant dans votre province ou territoire de résidence pendant un nombre prescrit de jours chaque année. Bien que l'on tienne souvent compte du fait que vous quittez votre province ou territoire d'origine pour aller à l'école, travailler ou pour d'autres raisons, il est important d'informer votre régime d'assurance-santé provincial ou territorial lorsque vous vous absentez pendant de longues périodes et de comprendre quelles sont vos responsabilités en ce qui concerne le maintien de votre couverture.

MYTHE : Mon état de santé particulier est couvert par la *Loi canadienne sur la santé*.

FAIT : La *Loi canadienne sur la santé* est un texte de loi assez court qui établit des normes de très haut niveau. La Loi ne mentionne pas les conditions médicales particulières, mais exige plutôt que les régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux couvrent les services hospitaliers et médicaux médicalement nécessaires. Étant donné leur rôle dans la prestation des soins de santé, la décision sur les services à couvrir est prise par la province ou le territoire, en consultation avec la profession médicale.

MYTHE : Je n'ai pas besoin d'assurance voyage au Canada parce que je suis couvert par le régime d'assurance-santé.

FAIT : Il s'agit d'une idée fausse très courante et qui peut s'avérer très coûteuse dans certaines circonstances. L'assurance-maladie garantit que si vous quittez votre province ou votre territoire pour quelques heures, quelques jours ou quelques semaines, vous serez toujours couvert pour les services médicaux d'urgence. Il en va de même lors d'un déménagement dans une autre province ou un autre territoire. Toutefois, les services hospitaliers et médicaux couverts en vertu de la LCS ne sont pas les seuls services dont vous pourriez avoir besoin lorsque vous êtes à l'extérieur de votre province ou territoire habituel. Certains services qui ne sont pas couverts par la LCS (p. ex. la couverture des médicaments sur ordonnance ou les services ambulanciers) sont fortement subventionnés pour les résidents, mais pas pour les visiteurs. C'est pourquoi vous devez vous assurer d'avoir une couverture adéquate chaque fois que vous voyagez ou déménagez à l'intérieur du pays.



CHAPITRE 2

APPLICATION ET CONFORMITÉ

APPLICATION

Le ministre fédéral de la Santé (le ministre) 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;
- › procéder à l'analyse des enjeux et mener des recherches en matière de politiques en vue de fournir des conseils stratégiques;
- › 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;
- › informer le ministre fédéral de la Santé en cas d'éventuels manquements à la Loi et recommander les mesures appropriées pour y remédier;
- › gérer les processus annuels de déclaration relatifs à la surfacturation et aux frais modérateurs de même qu'en matière de remboursement;
- › 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 l'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 exigences de la *Loi canadienne sur la santé* ou même les dépassent. Toutefois, certaines questions et préoccupations demeurent. Les plus importantes concernent les problèmes d'accessibilité, et plus particulièrement les frais imposés aux patients dans des cliniques privées pour obtenir des services de santé ou de diagnostic médicalement nécessaires.

POLITIQUE DES SERVICES DIAGNOSTIQUES

Le 1^{er} avril 2020, la Politique des services diagnostiques de la Loi canadienne sur la santé est entrée en vigueur. La politique a officialisé la position de longue date du gouvernement fédéral selon laquelle tous les services médicaux et hospitaliers médicalement nécessaires, y compris les services diagnostiques, doivent être couverts par les régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux, quel que soit le lieu où ils sont fournis.

Les provinces et les territoires devaient déclarer les frais imposés aux patients pour les services diagnostiques au cours de l'exercice 2020–2021 dans leur rapport annuel sur les frais imposés aux patients en décembre 2022, qui se trouve à l'annexe B.

En l'absence de rapports de la plupart des provinces relatifs aux frais imposés aux patients, les estimations de leur ampleur ont été dérivées à l'aide d'une méthode de calcul basée sur la meilleure information disponible et partagée avec les provinces avant que les déductions ne soient effectuées, pour leur donner la possibilité de fournir des données spécifiques à la province. En mars 2023, les provinces suivantes étaient assujetties à des déductions obligatoires au montant équivalent totalisant environ 76 millions de dollars en raison des frais imposés aux patients pour des services diagnostiques :

- › Nouvelle-Écosse (1 277 659 \$);
- › Nouveau-Brunswick (1 277 659 \$);
- › Québec (41 867 224 \$);
- › Manitoba (353 827 \$);
- › Saskatchewan (742 447 \$);
- › Alberta (13 781 152 \$);
- › Colombie-Britannique (17 165 309 \$ en déductions et 8 582 655 \$ en remboursements).

Les déductions obligatoires en vertu de la Politique des services diagnostiques se poursuivront aussi longtemps que les patients continueront à se voir imposer des frais pour des services diagnostiques médicalement nécessaires.

En vertu de la Politique de remboursement de la Loi canadienne sur la santé, les déductions obligatoires au titre du Transfert canadien en matière de santé peuvent être remboursées aux provinces ou aux territoires s'ils éliminent les frais imposés aux patients en question et rectifient les circonstances qui y ont conduit dans les deux ans suivant la date de la déduction. Grâce à ce processus, un remboursement partiel pour les services diagnostiques de 8 582 655 \$ a été accordé à la Colombie-Britannique, suite à la mise en œuvre réussie des éléments de son Plan d'action en matière de remboursement en ce qui concerne l'élimination des frais imposés aux patients pour les services diagnostiques.



NOUVEAU-BRUNSWICK

Au Nouveau-Brunswick, les services d'avortement chirurgical sont assurés par le régime provincial d'assurance-santé mais ne sont couverts que s'ils sont pratiqués à l'hôpital; les interventions pratiquées dans la clinique privée de Fredericton ne sont pas couvertes. Santé Canada a soulevé cette question avec le Nouveau-Brunswick au niveau des fonctionnaires et des ministres.

Bien que l'état financier de la province se rapportant à la surfacturation et aux frais modérateurs pour 2020–2021 indique un montant nul, Santé Canada a utilisé les données probantes fournies par la Clinique 554 ainsi que les données publiées par l'Institut canadien d'information sur la santé pour estimer à 64 850 \$ les frais imposés aux patientes pour les services d'avortement chirurgical médicalement nécessaires. Le Nouveau-Brunswick continuera d'être assujéti aux déductions du Transfert canadien en matière de santé (TCS) pour les services d'avortement chirurgical médicalement nécessaires tant que le Nouveau-Brunswick ne couvrira pas les services d'avortement chirurgical assurés reçus à l'extérieur des hôpitaux.



ONTARIO

Alors que le Régime d'assurance-santé de l'Ontario couvre les honoraires des médecins liés aux services d'avortement dans tous les milieux, y compris les cliniques privées, la province ne couvre les frais d'établissement que dans les quatre cliniques d'avortement privées autorisées comme établissements de santé autonomes (ESA). Dans certains cas, cela a conduit les cliniques à imposer aux patientes des frais supplémentaires pour accéder aux services d'avortement. Sur la base des frais imposés aux patientes déclarés par l'Ontario à Santé Canada, une déduction de 32 800 \$ a été prélevée sur les versements au titre du TCS de la province en mars 2023 pour les frais imposés aux patientes au cours de l'exercice 2020–2021.

En décembre 2021, l'Ontario a soumis à Santé Canada un Plan d'action en matière de remboursement (PAR), dans lequel elle s'engageait à revoir le cadre actuel de financement des services d'avortement chirurgical assurés dans la province. Cependant, en raison de retards dans la mise en œuvre de son plan, l'Ontario a renoncé au remboursement de sa déduction de mars 2021 (13 905 \$), car les provinces ont deux ans pour se qualifier pour le remboursement en vertu de la politique de remboursement. Santé Canada poursuit son dialogue avec l'Ontario afin d'encourager la province à respecter l'engagement qu'elle a pris dans son plan d'action pour le remboursement de décembre 2021. Une copie du PAR de l'Ontario ainsi que la mise à jour février 2024 de l'état de sa mise en œuvre sont présentés à l'annexe D du présent rapport.



COLOMBIE-BRITANNIQUE

La Colombie-Britannique a présenté un état financier de la surfacturation et des frais modérateurs pour l'exercice 2020–2021 d'un montant de 5 945 221 \$ pour les frais imposés aux patients pour des services chirurgicaux médicalement nécessaires, ce qui a entraîné une déduction du même montant sur le paiement au titre du TCS de mars 2023 de la province.

En reconnaissance des progrès importants réalisés par la Colombie-Britannique dans la mise en œuvre des éléments de son plan d'action en matière de remboursement (PAR) et de l'élimination des frais imposés aux patients pour des services chirurgicaux médicalement nécessaires au cours de la période visée par le rapport, Santé Canada a autorisé un remboursement de 6 974 014 \$ en mars 2023. Ce montant représente un remboursement partiel des déductions de la Colombie-Britannique pour les mois de mars 2020, 2021 et 2022. Une copie du PAR et de la mise à jour de l'état février 2024 sont présentées à l'annexe D du présent rapport.

DÉDUCTIONS ET REMBOURSEMENTS DES CONTRIBUTIONS EN ESPÈCES AU TITRE DU TRANSFERT CANADIEN EN MATIÈRE DE SANTÉ – MARS 2023

PROVINCE	DÉDUCTIONS POUR SERVICES DIAGNOSTIQUES	DÉDUCTIONS POUR SERVICES CHIRURGICAUX	TOTAL DE LA DÉDUCTION	REMBOURSEMENT
N.-É.	1 277 659 \$	-	1 277 659 \$	-
N.-B.	1 277 659 \$	64 850 \$	1 342 509 \$	-
Qc	41 867 224 \$	-	41 867 224 \$	-
Ont.	-	32 800 \$	32 800 \$	-
Man.	353 827 \$	-	353 827 \$	-
Sask.	742 447 \$	-	742 447 \$	-
Alb.	13 781 152 \$	-	13 781 152 \$	-
C.-B.	17 165 309 \$	5 945 221 \$	23 110 530 \$	15 556 669 \$ *
Total	76 465 277 \$	6 042 871 \$	82 508 148 \$	15 556 669 \$

* Ce remboursement représente un remboursement partiel des déductions de la Colombie-Britannique pour les mois de mars 2021, 2022 et 2023 (6 974 014 \$ pour les services chirurgicaux et 8 582 655 \$ pour les services diagnostiques).

AUTRES QUESTIONS DE CONFORMITÉ

LETTRE DU MINISTRE DUCLOS À SES HOMOLOGUES PROVINCIAUX ET TERRITORIAUX

Le 9 mars 2023, l'ancien ministre de la Santé, l'honorable Jean-Yves Duclos, a envoyé une lettre à ses homologues provinciaux et territoriaux dans laquelle il réaffirmait l'engagement du gouvernement à l'égard de la *Loi canadienne sur la santé* et faisait part des préoccupations du gouvernement fédéral concernant l'augmentation des rapports sur les frais imposés aux patients pour des soins virtuels et des services équivalents à ceux des médecins fournis par d'autres prestataires de soins de santé (p. ex. les infirmières praticiennes). Cette lettre signalait l'intention du gouvernement fédéral de préciser, dans une lettre d'interprétation de la *Loi canadienne sur la santé*, que, quelle que soit la manière dont les soins médicalement nécessaires sont dispensés, les Canadiens doivent pouvoir accéder à ces services sans que les patients se voient imposer de frais. En outre, à mesure que notre système de santé évolue, il doit le faire dans le respect de la *Loi canadienne sur la santé*, afin de protéger et de préserver la couverture publique de tous les services de santé médicalement nécessaires. Le ministre Duclos a chargé ses fonctionnaires de discuter avec les provinces et les territoires pour faire avancer ce dossier.



FRAIS D'INSCRIPTION ET D'ADHÉSION DANS LES CLINIQUES PRIVÉES DE SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES

Les cliniques privées de soins de santé primaires qui imposent aux patients des frais d'adhésion annuels continuent d'être un sujet de préoccupation en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*. Dans de nombreux cas, ces cliniques permettent à leurs membres d'accéder à une combinaison de services de soins primaires assurés et de services de santé non assurés (p. ex. massothérapie et services nutritionnels). En règle générale, les cliniques affirment que les frais couvrent un ensemble de services de santé non assurés. Cependant, dans certains cas, ces frais sont également obligatoires pour avoir accès aux services de santé assurés de la clinique.

Lorsque Santé Canada est informé de l'existence de tels frais, le Ministère recommande aux provinces et aux territoires de collaborer avec les cliniques en question afin d'expliquer clairement aux résidents assurés que l'accès aux services de santé assurés n'est pas subordonné ou préférentiel au paiement de frais annuels pour des services de santé non assurés, ce qui peut également impliquer une enquête ou un audit des pratiques de facturation de la clinique. En cas d'enquête ou d'audit, Santé Canada demande des informations sur les résultats et les prochaines étapes pour s'assurer que tous les frais inappropriés pour les patients ont été éliminés. Santé Canada conseille également ces provinces et territoires d'élaborer des lois qui soient claires sur l'accès des patients aux services de santé assurés et qui interdisent aux patients de devoir déboursier de l'argent pour ces services.



TRANSFÉRABILITÉ

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 canadienne sur la santé*.

Pour les provinces et les territoires dans leur ensemble, à l'exception de l'Île-du-Prince-Édouard et des trois territoires, les tarifs d'hospitalisation journaliers à l'étranger semblent inférieurs aux tarifs de la province ou du territoire d'origine, ce qui est contraire à l'exigence du critère de transférabilité de la Loi. Ces préoccupations ont été soulevées auprès des provinces concernées et Santé Canada suit l'évolution de la situation.

CAMBIE SURGERIES CORPORATION ET AL C. BC (ATTORNEY GENERAL) – LE LITIGE A ÉTÉ RÉSOLU

Lancée en 2009, cette affaire concernait une contestation constitutionnelle des dispositions de la *Medicare Protection Act* (MPA) de la Colombie-Britannique qui interdisent de faire payer les patients et de souscrire une assurance privée duplicative pour les services assurés publiquement dans le cadre du British Columbia (BC) Medical Services Plan, ainsi que l'interdiction faite aux médecins inscrits, qui exercent simultanément dans le système public et privé, de faire payer les patients pour les services assurés publiquement.

Bien que la *Loi canadienne sur la santé* (la Loi) n'ait pas été directement contestée, le Canada s'est joint à cette procédure afin de soutenir la Colombie-Britannique dans la défense de sa législation, qui reflète les objectifs de la Loi selon lesquels l'accès aux services de santé assurés devrait être basé sur le besoin et non sur la capacité à payer.

Les principaux plaignants dans cette affaire, deux établissements de santé privés à but lucratif, ont fait valoir que les dispositions de la MPA qui limitent la capacité d'un patient à accéder plus rapidement à des soins médicaux payants privés afin d'éviter les effets potentiellement néfastes de l'attente de soins dans le système public violaient l'article 7 (droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne) de la *Charte canadienne des droits et libertés* (la Charte). Ils ont également fait valoir que les exclusions en vertu de la MPA, qui permettent à certains résidents de la Colombie-Britannique (p. ex. les demandeurs d'indemnisation des accidents du travail) d'accéder sans entrave à des soins en temps opportun dans le système privé, violaient l'article 15 (droits à l'égalité) de la Charte, affirmant que la suppression des restrictions au paiement à titre privé permettrait à tous d'avoir le même accès aux traitements privés, ce qui rendrait l'accès aux soins de santé plus équitable dans l'ensemble.

En réponse, la Colombie-Britannique a fait valoir que la suppression des restrictions sur les paiements à titre privé réduirait la capacité et augmenterait les coûts du système public, tout en exposant la province au risque de perdre le financement fédéral en cas de non-respect des exigences de la Loi. Ensemble, ces facteurs affaibliraient le système public, réduisant l'accès et augmentant les temps d'attente pour les soins en général. La Colombie-Britannique a fait valoir que les personnes les plus vulnérables, qui dépendent le plus du système public, seraient encore plus désavantagées dans ces circonstances. Le gouvernement fédéral s'est rallié aux arguments de la Colombie-Britannique, ajoutant qu'un système privé parallèle aggraverait également les inégalités socio-économiques existantes et aurait des conséquences négatives pour la société canadienne, qui iraient au-delà de la santé.

Le 10 septembre 2020, le juge Steeves de la Cour suprême de la Colombie-Britannique (BCSC) a rendu sa décision dans cette affaire, rejetant la contestation constitutionnelle dans son intégralité. Bien que la Cour ait reconnu que les longues attentes pour les soins pouvaient augmenter le risque de préjudice pour certains patients, elle a conclu que les dispositions étaient raisonnables et justifiées par l'objectif plus important de sauvegarder la durabilité et l'intégrité du système de santé public de la Colombie-Britannique, dans lequel l'accès aux soins est basé sur le besoin et non sur la capacité de payer.

Cette décision a fait l'objet d'un appel devant la Cour d'appel de la Colombie-Britannique (BCCA). Dans sa décision de juillet 2022, la BCCA a confirmé à l'unanimité la décision de septembre 2020 de la BCSC affirmant la validité constitutionnelle des dispositions contestées de la Colombie-Britannique.

Les plaignants dans cette affaire ont ensuite demandé l'autorisation d'interjeter appel de la décision de la BCCA auprès de la Cour suprême du Canada (CSC). Cependant, le 6 avril 2023, la CSC a refusé d'entendre un appel de la décision de la BCCA, mettant ainsi un terme à cette affaire.

CHRONOLOGIE DES ÉVÉNEMENTS

2009	L'affaire est lancée.
6 SEPTEMBRE 2016	Le procès devant la Cour suprême de la Colombie-Britannique commence.
28 FÉVRIER 2020	Le procès se termine.
10 SEPTEMBRE 2020	La Cour suprême de la Colombie-Britannique rend sa décision, qui rejette intégralement la contestation constitutionnelle.
14–18 JUIN 2021	La Cour d'appel de la Colombie-Britannique entend l'appel de la décision de la Cour suprême de la Colombie-Britannique.
15 JUILLET 2022	La Cour d'appel de la Colombie-Britannique rend sa décision, confirmant à l'unanimité la décision de la Cour suprême de la Colombie-Britannique.
6 AVRIL 2023	La Cour suprême du Canada décide de ne pas entendre l'appel de la décision de la Cour d'appel de la Colombie-Britannique, mettant ainsi un terme à cette affaire.



«...Il appartient au gouvernement, et non au tribunal, de déterminer comment concevoir un système équitable qui procure le maximum d'avantages à l'ensemble de la société et qui équilibre équitablement la demande globale de services médicaux nécessaires ».

—Paragraphe 2932, *Cambie Surgeries Corporation c. Colombie-Britannique* (Procureur général), jugement de l'honorable juge Steeves, 10 septembre 2020



« L'histoire du régime d'assurance-santé au Canada démontre sans équivoque que ce pays a décidé que les services de santé assurés médicalement nécessaires ne devaient pas être traités comme des marchandises ou des biens de consommation destinés à une minorité de privilégiés. La *Loi canadienne sur la santé* contribue à garantir que tous les Canadiens ont accès à ces services en fonction de leurs besoins et non de leur capacité à les payer ».

—Paragraphe 355, Procureur général du Canada, Déclarations finales

Le saviez-vous?

Que l'affaire Cambie est l'un des plus longs procès de l'histoire du Canada? Voici un aperçu de l'affaire en chiffres :

- › **14 ans** entre le lancement et la conclusion de cette affaire.
- › **131 témoins** ont déposé, **8 400 pages d'affidavits** et près de **15 000 pages de transcriptions** devant la Cour suprême de la Colombie-Britannique.
- › **880 pages** dans la décision de la Cour suprême de la Colombie-Britannique rendue par le juge Steeves.

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 DE 1984 À 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

PTs	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 \$

Au cours des trois premières années qui ont suivi la promulgation de la *Loi canadienne sur la santé*, près de 245 millions de dollars ont été déduits des transferts fédéraux en matière de santé aux provinces, ces déductions ont été remboursées lorsque les provinces ont effectivement éliminé les frais imposés aux patients qui y avaient donné lieu.

CONFORMITÉ À LA LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ DE 1987 À 2018, PAR PROVINCE

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 2017–2018.

POLITIQUE FÉDÉRALE EN MATIÈRE DE CLINIQUES PRIVÉES

En janvier 1995, la ministre fédérale de la Santé, l'honorable 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, les déductions décrites ci-dessous ont été appliquées aux contributions en espèces versées à Terre-Neuve-et-Labrador, à la Nouvelle-Écosse, au Manitoba et à l'Alberta pour non-conformité à la politique fédérale sur les cliniques privées.

TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR

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 le paiement de mars 2005 au titre du TCS à Terre-Neuve-et-Labrador en raison des frais imposés à un patient pour un examen IRM effectué dans un hôpital en 2002–2003.

De mars 2011 à mars 2013, des déductions totalisant 102 249 \$ ont été prélevées sur les paiements au titre du TCS à Terre-Neuve-et-Labrador pour la surfacturation et les frais modérateurs, en fonction des frais déclarés par la province à Santé Canada. Ces frais résultaient de services fournis par un chirurgien-dentiste exclu qui a depuis quitté la province.



En vertu de la *Loi canadienne sur la santé*, le terme « hôpital » ne se limite pas aux bâtiments portant un grand « H ».

Dans le cadre de la Politique fédérale en matière de cliniques privées de 1995, l'honorable Diane Marleau, ministre fédérale de la Santé de l'époque, a précisé que la définition d'« hôpital » énoncée dans la *Loi canadienne sur la santé* englobe tout établissement qui fournit des soins actifs, de réadaptation ou chroniques. À ce titre, un hôpital couvre également les établissements de soins de santé comme les cliniques.

NOUVELLE-ÉCOSSE

Avec sa fermeture en novembre 2003, un total de 372 135 \$ avait été déduit de la contribution pécuniaire destinée à la Nouvelle-Écosse au titre du TCSPS pour avoir omis de couvrir les frais d'établissement imposés aux patients bien qu'elle ait payé les honoraires médicaux dans une clinique de Halifax. 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.

Le paiement au titre du TCS à la Nouvelle-Écosse en mars 2007 a été réduit de 9 460 \$ en raison de la surfacturation au cours de l'exercice 2004–2005. Ce montant a été déclaré à Santé Canada par la province à la suite d'une vérification, terminée en 2006, des pratiques de facturation d'un médecin de la Nouvelle-Écosse.

QUÉBEC

En mars 2017, sur la base des montants de surfacturation et de frais modérateurs rapportés par le vérificateur général du Québec à l'égard des frais accessoires facturés en 2014–2015, le ministre fédéral a estimé un montant de déduction de 9 907 229 \$. Compte tenu des mesures correctives que le gouvernement provincial avait déjà prises pour éliminer les frais accessoires en janvier 2017, ce montant a par la suite été remboursé au Québec par le gouvernement du Canada.

En mars 2018, en se basant sur le montant de la surfacturation et des frais modérateurs rapporté par le Vérificateur général du Québec à l'égard des frais accessoires facturés en 2014–2015, le ministre fédéral a estimé un montant de déduction de 9 907 229 \$. À la lumière des changements législatifs que le gouvernement provincial avait déjà mis en œuvre pour éliminer et interdire le maintien des frais accessoires en janvier 2017, ce montant a par la suite été remboursé au Québec par le gouvernement du Canada. Ce remboursement était antérieur à la Politique de remboursement. Les déductions effectuées au Québec en mars 2017 et en mars 2018, qui, en raison des délais de déclaration prévus par la Loi, l'ont été après que le gouvernement provincial eut déjà éliminé les frais imposés aux patients, ont été à l'origine de la Politique de remboursement.

MANITOBA

De novembre 1995 à décembre 1998, des déductions totalisant 2 055 000 \$ ont été effectuées en raison des frais modérateurs prévus par la province 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) d'un montant de 50 034 \$ a été effectuée sur la contribution en espèces destinée au Manitoba au titre du TCSPS, à la lumière d'un état financier fourni par la province. Cet état financier montrait que les montants réels des frais modérateurs exigés à l'égard de services de santé 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 \$.

ALBERTA

Des déductions totalisant 3 585 000 \$, de novembre 1995 à juin 1996, ont été effectuées sur la contribution en espèces 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.

COLOMBIE-BRITANNIQUE

Au début des années 1990, à la suite d'un différend entre la British Columbia Medical Association et le gouvernement de la Colombie-Britannique au sujet de la rémunération, plusieurs médecins ont choisi de ne pas participer au régime provincial d'assurance-santé et ont commencé à facturer directement leurs patients. Certains de ces médecins ont facturé à leurs patients un montant supérieur à celui que les patients pouvaient récupérer auprès du régime provincial d'assurance-santé.

Ce montant plus élevé constituait une surfacturation au sens de la Loi. Les déductions ont commencé en mai 1994, pour l'exercice 1992–1993, et se sont poursuivies jusqu'à ce que la surfacturation par les médecins soit interdite lors de l'entrée en vigueur, en septembre 1995, des modifications apportées au *Medicare Protection Act* de la Colombie-Britannique. Au total, 2 025 000 \$ ont été déduits de la contribution en espèces de la Colombie-Britannique pour la surfacturation survenue dans la province entre 1992–1993 et 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 destinés à la Colombie-Britannique, en fonction du montant qui aurait été imposé pendant l'exercice 2001–2002 d'après les estimations du ministre fédéral.

Entre 2002–2003 et 2016–2017, des déductions totalisant 1 773 183 dollars ont été effectuées sur les 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 sur les transferts fédéraux en matière de santé de la Colombie-Britannique en 2012–2013 quant à l'exercice 2010–2011, a été estimée par la ministre fédérale de la Santé, et représente l'ensemble des montants déclarés à Santé Canada par la Colombie-Britannique et de ceux déclarés publiquement à la suite d'une vérification effectuée par la Medical Services Commission de la Colombie-Britannique. Cette méthode a été utilisée jusqu'à l'exercice 2016–2017.

À la suite d'une collaboration avec Santé Canada dans le cadre d'un projet d'audit visant à déterminer l'étendue et la portée des frais imposés aux patients dans la province, une déduction de 15 861 818 \$ a été effectuée en mars 2018 à l'égard des frais imposés aux patients au cours de l'exercice 2015–2016. Cette déduction reflétait les résultats de l'audit des cliniques privées de la Colombie-Britannique, les plaintes des patients et les preuves accessibles au public de 4,7 millions de dollars de frais facturés aux résidents assurés par des médecins inscrits au Cambie Surgery Centre.

DÉDUCTIONS ET RAPPROCHEMENTS CONCERNANT LES CONTRIBUTIONS PÉCUNIAIRES AU TITRE DU TCSPS ET DU TCS DE 1994-1995 À 2017-2018

	T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yn	T. N.-O.	Nun.	TOTAL
1994-1995	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1 982 000 \$	-	-	-	1 982 000 \$
1995-1996	46 000 \$	-	32 000 \$	-	-	-	269 000 \$	-	2 319 000 \$	43 000 \$	-	-	-	2 709 000 \$
1996-1997	96 000 \$	-	72 000 \$	-	-	-	588 000 \$	-	1 266 000 \$	-	-	-	-	2 022 000 \$
1997-1998	128 000 \$	-	57 000 \$	-	-	-	586 000 \$	-	-	-	-	-	-	771 000 \$
1998-1999	53 000 \$	-	38 950 \$	-	-	-	612 000 \$	-	-	-	-	-	-	703 950 \$
1999-2000	(42 570 \$)	-	61 110 \$	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	18 540 \$
2000-2001	-	-	57 804 \$	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	57 804 \$
2001-2002	-	-	35 100 \$	-	-	-	300 201 \$	-	-	-	-	-	-	335 301 \$
2002-2003	-	-	11 052 \$	-	-	-	-	-	-	4 610 \$	-	-	-	15 662 \$
2003-2004	-	-	7 119 \$	-	-	-	-	-	-	126 775 \$	-	-	-	133 894 \$
2004-2005	1 100 \$	-	5 463 \$	-	-	-	-	-	-	72 464 \$	-	-	-	79 027 \$
2005-2006	-	-	(8 121 \$)	-	-	-	-	-	-	29 019 \$	-	-	-	20 898 \$
2006-2007	-	-	9 460 \$	-	-	-	-	-	-	114 850 \$	-	-	-	124 310 \$
2007-2008	-	-	-	-	-	-	-	-	-	42 113 \$	-	-	-	42 113 \$
2008-2009	-	-	-	-	-	-	-	-	-	66 195 \$	-	-	-	66 195 \$
2009-2010	-	-	-	-	-	-	-	-	-	73 925 \$	-	-	-	73 925 \$
2010-2011	3 577 \$	-	-	-	-	-	-	-	-	75 136 \$	-	-	-	78 713 \$
2011-2012	58 679 \$	-	-	-	-	-	-	-	-	33 219 \$	-	-	-	91 898 \$
2012-2013	50 758 \$	-	-	-	-	-	-	-	-	280 019 \$	-	-	-	330 777 \$
2013-2014	(10 765 \$)	-	-	-	-	-	-	-	-	224 568 \$	-	-	-	213 803 \$
2014-2015	-	-	-	-	-	-	-	-	-	241 637 \$	-	-	-	241 637 \$
2015-2016	-	-	-	-	-	-	-	-	-	204 145 \$	-	-	-	204 145 \$
2016-2017	-	-	-	-	9 907 229 \$ ¹	-	-	-	-	184 508 \$	-	-	-	10 091 737 \$
2017-2018	-	-	-	-	9 907 229 \$ ¹	-	-	-	-	15 861 818 \$	-	-	-	25 769 047 \$
Total	383 779 \$	-	378 937 \$	-	19 814 458 \$	-	2 355 201 \$	-	3 798 183 \$	19 660 001 \$	-	-	-	46 390 559 \$

¹ Ce montant a par la suite été remboursé 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. Aucune déduction n'a été effectuée entre les exercices 1987-1988 et 1993-1994.
- › Jusqu'à présent, la plupart des déductions ont été effectuées en fonction des états financiers indiquant les montants de surfacturation et de frais modérateurs réels, c'est-à-dire deux ans après qu'ils sont survenus (ainsi, des déductions effectuées en 2016-2017 correspondraient à des frais facturés aux patients en 2014-2015).
- › 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.

CONFORMITÉ À LA LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ DE 2018 À CE JOUR, PAR PROVINCE

POLITIQUE EN MATIÈRE DE REMBOURSEMENT ET POLITIQUE DES SERVICES DIAGNOSTIQUES

Comme décrit précédemment, deux politiques ont été annoncées dans la lettre Petitpas Taylor : la Politique en matière de remboursement de la Loi canadienne sur la santé et la Politique des services diagnostiques.

La politique en matière de remboursement a été créée afin d'inciter les provinces et les territoires à se conformer à la Loi, s'ils devaient être soumis à des sanctions obligatoires en raison des frais imposés aux patients pour des services de santé assurés. Depuis le 1^{er} avril 2018, le ministre fédéral de la Santé a le pouvoir discrétionnaire d'accorder un remboursement si la province ou le territoire élimine ces frais, ainsi que les circonstances sous-jacentes qui ont conduit à ceux-ci, dans un délai déterminé. Les premières déductions admissibles à un remboursement en vertu de la politique ont été celles effectuées en mars 2018 et, depuis lors, 84 938 117 \$ en déductions ont été remboursés aux provinces à la suite de leurs efforts pour éliminer les frais facturés aux patients et les circonstances qui les ont entraînés.

La Politique des services diagnostiques, qui est entrée en vigueur le 1^{er} avril 2020, a officialisé la position fédérale de longue date selon laquelle les frais imposés aux patients pour des services diagnostiques médicalement nécessaires sont considérés comme de la surfacturation ou des frais modérateurs en vertu de la Loi. La politique précise que ces services sont assurés, quel que soit le lieu où ils sont dispensés, et que la preuve des frais imposés aux patients entraînera des déductions obligatoires au montant équivalent des paiements provinciaux et territoriaux au titre du TCS.

Les premières déductions effectuées en vertu de la politique sur les services diagnostiques ont été effectuées en mars 2023. Toutefois, en vertu de la Politique de remboursement de la Loi canadienne sur la santé, les provinces et les territoires peuvent être remboursés s'ils éliminent les frais imposés aux patients et corrigent les circonstances qui les ont entraînés, dans les deux ans suivant la date de la déduction.

TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR

En mars 2019, une déduction de 1 349 \$ a été effectuée sur les paiements au titre du TCS destinés à Terre-Neuve-et-Labrador pour la surfacturation et les frais modérateurs, sur la base des frais imposés aux patients pour des services de santé assurés dans une clinique ophtalmologique privée en 2016–2017, déclarés par la province à Santé Canada. De même, une déduction de 70 819 \$ a été effectuée en mars 2020, de 4 521 \$ en mars 2021 et de 1 723 \$ en mars 2022 pour les frais imposés aux patients de cette clinique en 2017–2018, 2018–2019 et 2019–2020 respectivement.

Après la déduction de mars 2019, Terre-Neuve-et-Labrador a consulté Santé Canada au sujet d'un plan d'action en matière de remboursement visant à éliminer les frais imposés aux patients. Comme la province a mis en œuvre ce plan avec succès et a éliminé ces frais, la province a reçu un remboursement de sa déduction de mars 2019, ainsi qu'un remboursement immédiat de sa déduction de mars 2020, mars 2021 et mars 2022.

NOUVELLE-ÉCOSSE

En mars 2023, la Nouvelle-Écosse a été assujettie à une déduction de 1 277 659 \$ en vertu de la Politique des services diagnostiques, selon les estimations faites par Santé Canada. La déduction résulte des frais imposés aux patients pour des services diagnostiques médicalement nécessaires dans une clinique d'imagerie privée à Halifax en 2020–2021.

NOUVEAU-BRUNSWICK

En mars 2020, sur la base de preuves de frais imposés aux patientes en 2017–2018, une déduction de 140 216 \$ a été effectuée sur les versements au titre du TCS destinés au Nouveau-Brunswick. Un montant supplémentaire de 64 850 \$ a été déduit du paiement au titre du TCS de la province en mars 2022 et en mars 2023 pour les frais imposés aux patientes en 2018–2019, 2019–2020 et 2020–2021, respectivement. Les déductions de 2021, 2022 et 2023 ont été estimées en fonction des frais imposés aux patientes déclarés par la Clinique 554 et des données publiées par l'Institut canadien d'information sur la santé. Tant que le Nouveau-Brunswick ne couvrira pas les services d'avortement assurés à l'extérieur des hôpitaux et les frais imposés aux patientes dans les cliniques, la province continuera d'être assujettie aux déductions obligatoires au titre du TCS.

En mars 2023, le Nouveau-Brunswick a été assujetti à une déduction de 1 277 659 \$ en vertu de la Politique des services diagnostiques, sur la base des estimations faites par Santé Canada à la suite des frais imposés aux patients pour des services diagnostiques médicalement nécessaires qui ont eu lieu en 2020–2021.

QUÉBEC

Une déduction de 8 256 024 \$ a été effectuée sur le transfert fédéral en matière de santé du Québec de mars 2019, reflétant les frais imposés aux patients avant les mesures correctives prises par le Québec et a été immédiatement remboursée. Ce remboursement était le premier effectué dans le cadre de la Politique en matière de remboursement.

En mars 2023, le Québec a été assujetti à une déduction de 41 867 224 \$ en vertu de la Politique des services diagnostiques, selon les estimations de Santé Canada. La déduction résulte des frais imposés aux patients pour des services diagnostiques médicalement nécessaires qui ont eu lieu en 2020–2021.



Depuis l'adoption de la Loi, d'avril 1984 à mars 2022, un total de 114 959 087 \$ 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.

ONTARIO

L'Ontario a été assujettie à des déductions pour les frais imposés aux patientes pour des services d'avortement assurés en mars 2021, d'un montant de 13 905 \$ pour les frais imposés en 2018–2019; en mars 2022, d'un montant de 6 560 \$ pour les frais imposés en 2019–2020; et en mars 2023, d'un montant de 32 800 \$ pour les frais imposés en 2020–2021. Les déductions représentent les frais généraux imposés aux patientes qui cherchent à obtenir des services d'avortement dans des cliniques qui ne reçoivent pas de financement en vertu de la *Loi sur les établissements de santé autonomes* (LESA) de l'Ontario.

MANITOBA

En mars 2023, le Manitoba a fait l'objet d'une déduction de 353 827 \$ en vertu de la Politique des services diagnostiques, sur la base des estimations faites par Santé Canada. La déduction résulte des frais imposés aux patients pour des services diagnostiques médicalement nécessaires qui ont eu lieu en 2020–2021.

SASKATCHEWAN

En mars 2023, la Saskatchewan a été assujettie à une déduction de 742 447 \$ en vertu de la Politique des services diagnostiques, selon l'estimation des frais imposés aux patients faite par Santé Canada à partir des renseignements fournis par la province. La déduction résultait des frais imposés aux patients pour des services diagnostiques médicalement nécessaires en 2020–2021 à la suite de la *Patient Choice Medical Imaging Act* de la Saskatchewan, qui autorise les établissements privés d'IRM et de TDM de la province à accepter le paiement direct des patients en échange de services d'imagerie médicalement nécessaires.

ALBERTA

En mars 2023, l'Alberta était assujettie à une déduction de 13 781 152 \$ en vertu de la Politique des services diagnostiques, selon les estimations de Santé Canada. La déduction résulte des frais imposés aux patients pour des services diagnostiques médicalement nécessaires qui ont eu lieu en 2020–2021.

COLOMBIE-BRITANNIQUE

Une méthode similaire à celle utilisée pour estimer la déduction de mars 2018 de la Colombie-Britannique a été utilisée pour calculer les déductions au titre du Transfert canadien en matière de santé de la province en mars 2019 (16 177 259 \$), en mars 2020 (16 753 833 \$), en mars 2021 (13 949 979 \$), en mars 2022 (13 275 823 \$) et en mars 2023 (5 945 221 \$).

Une autre déduction de 17 165 309 \$ a été prélevée sur les paiements du TCS de mars 2023 de la Colombie-Britannique en vertu de la Politique des services diagnostiques. La déduction résulte des frais imposés aux patients pour des services diagnostiques médicalement nécessaires qui ont eu lieu en 2020–2021, selon les montants déclarés par la Colombie-Britannique. En incluant les montants déduits à l'égard des frais imposés aux patients pour des services chirurgicaux médicalement nécessaires, la déduction de la Colombie-Britannique pour mars 2023 s'élevait à 23 110 530 \$.

Suite à la mise en œuvre de la Politique en matière de remboursement en 2018, la Colombie-Britannique a consulté Santé Canada sur un plan d'action en matière de remboursement visant à éliminer les frais imposés aux patients. Comme la province a mené à bien certains éléments de ce plan, elle a reçu des remboursements partiels, dont : 16 019 539 \$ en mars 2020 (pour les déductions de 2018 et 2019), 24 509 418 \$ en mars 2021 (pour les déductions de 2019, 2020 et 2021), 20 518 055 \$ en mars 2022 (pour les déductions de 2020, 2021 et 2022) et 15 556 669 \$ en mars 2023 (pour les déductions de mars 2021, 2022 et 2023). Le montant de mars 2023 représente un remboursement de 6 974 014 \$ en frais chirurgicaux et de 8 582 655 \$ en frais de diagnostic.



Depuis l'entrée en vigueur de la Politique en matière de remboursement de la *Loi canadienne sur la santé*, 84 938 117 \$ ont été remboursés aux provinces, en reconnaissance de leurs efforts pour éliminer les frais imposés aux patients pour les services de santé assurés.

DÉDUCTIONS ET REMBOURSEMENTS DES CONTRIBUTIONS EN ESPÈCES AU TITRE DU TRANSFERT CANADIEN EN MATIÈRE DE SANTÉ – DE 2018–2019 À 2022–2023

	T.-N.-L.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	TOTAUX PAR EXERCICE
2018–2019	1 349 \$	–	–	8 256 024 \$	–	–	–	–	16 177 259 \$	24 434 632 \$
Remboursements	–	–	–	8 256 024 \$	–	–	–	–	–	8 256 024 \$
2019–2020	70 819 \$	–	140 216 \$	–	–	–	–	–	16 753 833 \$	16 964 868 \$
Remboursements	72 168 \$	–	–	–	–	–	–	–	16 019 539 \$ ¹	16 091 707 \$
2020–2021	4 521 \$	–	64 850 \$	–	13 905 \$	–	–	–	13 949 979 \$	14 033 255 \$
Remboursements	4 521 \$	–	–	–	–	–	–	–	24 509 418 \$ ²	24 513 939 \$
2021–2022	1 723 \$	–	64 850 \$	–	6 560 \$	–	–	–	13 275 823 \$	13 348 956 \$
Remboursements	1 723 \$	–	–	–	–	–	–	–	20 518 055 \$ ³	20 519 778 \$
2022–2023	–	1 277 659 \$	1 342 509 \$	41 867 224 \$	32 800 \$	353 827 \$	742 447 \$	13 781 152 \$	23 110 530 \$	82 508 148 \$
Remboursements	–	–	–	–	–	–	–	–	15 556 669 \$ ⁴	15 556 669 \$
TOTAL DES DEDUCTIONS PAR PT	78 412 \$	1 277 659 \$	1 612 425 \$	50 123 248 \$	53 265 \$	353 827 \$	742 447 \$	13 781 152 \$	83 267 424 \$	
TOTAL DES REMBOURSEMENTS PAR PT	78 412 \$	–	–	8 256 024 \$	–	–	–	–	76 603 681 \$	

Les déductions figurant dans ce tableau sont basées sur les déclarations de surfacturation et de frais modérateurs réels, ce qui signifie qu'elles sont effectuées deux ans après la surfacturation et les frais modérateurs (par exemple, les déductions effectuées en 2022–2023 concerneraient des frais modérateurs prélevés au cours de l'exercice 2020–2021).

- 1 Ce montant représente un remboursement partiel des déductions de mars 2018 (50 %) et de mars 2019 (50 %) de la Colombie-Britannique et a été émis en fonction des éléments du plan d'action de remboursement de la province qui ont été menés à bien.
- 2 Ce montant représente un remboursement partiel supplémentaire des déductions de la Colombie-Britannique pour mars 2019 (3 327 622 \$) ainsi que des remboursements partiels de ses déductions pour mars 2020 (11 992 825 \$) et mars 2021 (9 188 971 \$) et a été émis en fonction des éléments du plan d'action de remboursement de la province qui ont été réalisés avec succès.
- 3 Ce montant représente un remboursement partiel supplémentaire des déductions de la Colombie-Britannique pour mars 2020 (4 284 907 \$) ainsi que des remboursements partiels de ses déductions pour mars 2021 (4 284 907 \$) et mars 2022 (11 948 241 \$) et a été émis en fonction des éléments du plan d'action de remboursement de la province qui ont été réalisés avec succès.
- 4 Ce montant représente un remboursement partiel supplémentaire de la déduction de la Colombie-Britannique pour mars 2021 (428 491 \$) ainsi que des remboursements partiels de ses déductions pour mars 2022 (1 194 824 \$) et mars 2023 (13 933 354 \$) et a été émis en fonction des éléments du plan d'action de remboursement de la province qui ont été mis en œuvre avec succès.

COMITÉ DE COORDINATION DES ENTENTES INTERPROVINCIALES EN ASSURANCE-SANTÉ

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 assurés n'aient pas à payer directement les soins médicaux et hospitaliers médicalement nécessaires qu'ils reçoivent lorsqu'ils voyagent au pays ou pendant la période d'attente pour l'établissement de la couverture après un déménagement dans une autre province ou un autre territoire. Bien que ces ententes contribuent à satisfaire au critère de transférabilité de la *Loi canadienne sur la santé*, les provinces et les territoires peuvent convenir de satisfaire aux exigences de la Loi par d'autres mécanismes.

Le comité de coordination des ententes interprovinciales en assurance-santé (CCEIAS) a été créé en 1991 pour superviser l'administration des ententes de facturation réciproque et assurer la couverture interprovinciale/territoriale des soins de santé conformément à la Loi. Le mandat du CCEIAS comprend également l'analyse et l'élaboration de recommandations stratégiques sur les questions de couverture interprovinciale/territoriale des soins de santé qui ne relèvent pas de la Loi. 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. Le CCEIAS maintient plusieurs groupes de travail qui soutiennent son mandat en fournissant des conseils et des recommandations stratégiques liés aux tarifs de facturation réciproque, à l'admissibilité des patients et aux politiques interprovinciales/territoriales de couverture des soins de santé.

Tout au long de l'année 2022, le CCEIAS a réalisé des progrès sur plusieurs questions relatives à l'amélioration de l'accès pour les patients et au recouvrement des coûts pour les régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux. Les travaux techniques sur l'établissement des tarifs pour les hôpitaux spécialisés en santé mentale et en toxicomanie ont été achevés et, depuis le 1^{er} avril 2023, certains établissements de santé mentale sont en mesure de facturer réciproquement des tarifs d'hospitalisation journaliers pour la prestation de services de santé mentale d'urgence. Le CCEIAS a également ajouté un tarif ambulatoire distinct pour les patients recevant une radiographie avec cathétérisme cardiaque afin d'améliorer le recouvrement des coûts des patients ambulatoires. Le travail de développement d'un nouveau modèle de recouvrement des coûts pour les greffes de moelle osseuse et de cellules souches a également commencé.



CHAPITRE 3

LES RÉGIMES D'ASSURANCE-SANTÉ PROVINCIAUX ET TERRITORIAUX EN 2022–2023

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 2022–2023.

Les fonctionnaires des provinces, des territoires et du gouvernement fédéral ont collaboré afin de produire les descriptions détaillées des régimes d'assurance-santé 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;
- › 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 2022–2023 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 2023, le processus de production du Rapport annuel sur l'application de la Loi canadienne sur la santé de 2022–2023 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 d'assurance-santé 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.

DÉFINITIONS PRINCIPALES FOURNIES AUX PROVINCES ET AUX TERRITOIRES POUR GUIDER LEURS PRÉSENTATIONS AU PRÉSENT 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 d'assurance-santé 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 d'assurance-santé 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 2023. 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.

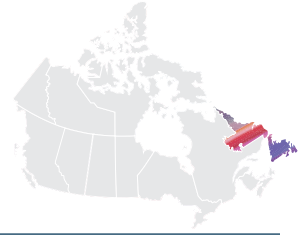
Services médicaux assurés fournis dans la province ou le territoire : Les statistiques de cette sous-section concernent la prestation de services médicaux assurés aux résidents dans chaque province ou territoire et aux visiteurs provenant d'autres régions du Canada.

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 de Terre-Neuve-et-Labrador.

Le Ministère collabore avec les parties prenantes pour veiller à ce que tous les habitants de Terre-Neuve et du Labrador aient accès à des services de santé de haute qualité, rentables et opportuns. De même, il collabore 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. Il joue un rôle de premier plan en matière de politiques, de planification, d'élaboration de programmes et de soutien aux quatre régions régionales de la santé (RRS). À partir du 1^{er} avril 2023, les quatre régions régionales de la santé et le Centre d'information sur la santé de Terre-Neuve-et-Labrador seront fusionnés pour devenir une seule région, appelée Services de santé de Terre-Neuve-et-Labrador.

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 services en santé mentale et en toxicomanie, 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.

Avec un budget annuel net d'environ 3,5 milliards de dollars, le Ministère représente environ 37 % du budget total de Terre-Neuve-et-Labrador. Dans le budget 2022–2023, des fonds ont été alloués à divers programmes et initiatives visant à apporter des améliorations significatives en matière de santé mentale et de toxicomanie, de soins à domicile et communautaires et de soins de santé primaires. Cela comprenait environ 140 millions de dollars pour améliorer la stabilité du logement et prévenir l'itinérance, plus de 6 millions de dollars pour étendre les cliniques d'équipes collaboratives à travers la province, 8,9 millions de dollars pour des équipes flexibles de traitement communautaire assertif afin de fournir des services en matière de santé mentale et de toxicomanie, et 9,8 millions de dollars pour le programme d'aide au transport pour raison médicale. Le budget 2022–2023 comprenait environ 5,9 millions de dollars en financement de base pour soutenir l'ajout de nouvelles pharmacothérapies au formulaire du programme de médicaments sur ordonnance de Terre-Neuve-et-Labrador. Un aperçu des initiatives réalisées dans le cadre du budget 2022–2023 est disponible sur [le site Web du gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador](#) (en anglais seulement).

À Terre-Neuve-et-Labrador, les services de santé sont offerts à environ 530 000 résidents. Quelque 22 500 personnes sont employées par les RRS et environ 230 personnes sont employées par le Ministère.

Le présent rapport vise à décrire en détail comment Terre-Neuve-et-Labrador a satisfait aux exigences des critères, des conditions et des dispositions du programme de la *Loi canadienne sur la santé* en 2022–2023.



1.0 GESTION PUBLIQUE

1.1 Régime d'assurance-santé et autorité publique

Les régimes d'assurance-santé gérés par le Ministère comprennent le Régime d'assurance-santé (RAS) et le Régime d'assurance-hospitalisation (RAH). 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 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 médecins 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'assurancesanté ont automatiquement droit à la couverture du Régime d'assurance-hospitalisation.

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

Aucun changement n'a été apporté à la législation ou à la réglementation du régime d'assurance-santé en 2022–2023.

1.2 Liens hiérarchiques

Le Ministère a le mandat d'administrer les régimes d'assurance-santé et d'assurance-hospitalisation aux termes de l'article 5 de la Loi. 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 ainsi que les dix autres entités qui relèvent du ministre, y compris les RRS, établissent des plans pluriannuels basés sur le rendement. Les plans et les rapports sont déposés à la Chambre d'assemblée et publiés sur le site web du Ministère.

Le rapport annuel du ministère de la Santé et des Services communautaires de 2022–2023 a été déposé à la Chambre d'assemblée et est disponible sur son [site Web](#) (en anglais seulement).

1.3 Vérification des comptes

Chaque année, le vérificateur général de la province effectue une vérification indépendante des comptes publics provinciaux. Les dépenses du Régime d'assurance-santé font partie des comptes publics. Le vérificateur général dispose d'un accès complet et sans restriction aux dossiers du Régime d'assurancesanté 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 RAS en 2022–2023. La plus récente vérification exhaustive a pris la forme d'un examen du Programme d'assurance-médicament de Terre-Neuve-et-Labrador en juin 2015.

Certains examens de programme sont réalisés conformément au plan du Bureau du vérificateur général, qui est largement fondé sur le risque. Lors de la planification d'une vérification, le Ministère serait avisé par la réception d'une lettre de participation du Bureau du vérificateur général indiquant qu'une vérification est prévue et que les arrangements nécessaires doivent être pris en vue de celle-ci. Il n'y a pas eu de vérification de l'Auditeur général en 2022–2023.

Les quatre RRS font l'objet d'audits de leurs états financiers, d'examens et d'audits de la conformité. Les audits des états financiers de chaque RRS sont réalisés conformément à la *Regional Health Authorities Act* et à la *Auditor General Act* de 2021. Les missions d'examen sont menées en utilisant les normes de vérification généralement reconnues de l'Institut canadien des comptables agréés. Divers audits de conformité et auprès des médecins sont effectués par le personnel du Ministère en vertu de la Loi.

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 Loi.



2.0 INTÉGRALITÉ

2.1 Services hospitaliers assurés

En date du 31 mars 2023, la Loi et le *Hospital Insurance Regulations* régissent les services hospitaliers assurés à Terre-Neuve-et-Labrador. Aucune modification n'a été apportée à la loi pendant l'actuelle période de déclaration concernant des services hospitaliers assurés. 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 offerts à des patients externes ou hospitalisés par 15 hôpitaux, 23 centres de santé communautaire et 70 cliniques communautaires partout dans la province. Comme l'indique le tableau statistique, la modification du nombre de cliniques en 2016–2017 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.

Aucun nouveau service n'a été ajouté au barème des services hospitaliers assurés en 2022–2023.

La politique de couverture des services hospitaliers assurés est liée à la politique de couverture des services médicaux assurés. Le Ministère gère le processus d'ajout ou de retrait de services hospitaliers de la liste des services assurés sur la base de l'approbation du lieutenant-gouverneur en conseil. Il n'est pas nécessaire de tenir des consultations publiques pour supprimer un service de la liste.

Les biens et services médicaux implantés et associés à un service assuré sont fournis gratuitement au patient et sont conformes aux normes nationales de pratique. Les patients conservent le droit d'améliorer financièrement les biens et services médicaux standard. Les normes relatives aux biens médicaux sont élaborées par les hôpitaux qui fournissent ces services en consultation avec les prestataires de services

En 2022–2023, le Ministère n'avait pas connaissance de cliniques de diagnostic privées qui facturent aux patients des services qui seraient considérés comme assurés s'ils étaient offerts dans un hôpital.

2.2 Services médicaux assurés

En date du 31 mars 2023, la loi habilitante pour les services médicaux assurés était la Loi et les règlements pertinents qui en découlent, y compris :

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

En date du 31 mars 2023, la province comptait 1 401 médecins actifs (salariés et rémunérés à l'acte) pratiquant dans la province.

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

- › tous les services fournis en bonne et due forme par des médecins à des bénéficiaires atteints d'une maladie qui exige un traitement ou un conseil médical;
- › les immunisations ou inoculations de groupe effectuées par des médecins à la demande d'une autorité compétente;
- › les services de laboratoire, de radiologie et autres services thérapeutiques ou diagnostiques fournis dans des établissements approuvés par une autorité compétente, et qui ne sont pas fournis en vertu de la Loi et de son Règlement;
- › l'extraction et le remplacement médicalement nécessaires du cristallin cataracté par toute procédure est un service assuré et doit être effectuée dans un hôpital ou un établissement désigné par le lieutenant-gouverneur en conseil.

L'administration du vaccin contre la grippe par les médecins est devenue temporairement facturable dans le cadre du RAS en octobre 2020. Cette mesure est demeurée en place tout au long de la période 2022–2023.

Les médecins peuvent décider de ne pas participer au Régime d'assurance-santé comme le prévoit l'article 8 de la Loi, 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 2023, aucun médecin ne s'était retiré du RAS.

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. Aucune exigence n'oblige la tenue d'une consultation publique.

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 chirurgiendentiste 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.

Le programme de chirurgie dentaire offre des services assurés aux termes de la Loi. Un service assuré se définit comme :

- › Un traitement de chirurgie dentaire médicalement nécessaire, fourni de manière adéquate à un bénéficiaire et effectué dans un hôpital par un dentiste, si le traitement figure dans le barème de paiement des soins de chirurgie dentaire établi par le ministre. Le besoin clinique relatif à la prestation et à la réclamation d'un service assuré peut être évalué par le Dental Monitoring Committee du RAS.

Des politiques relatives aux conditions préexistantes nécessaires pour définir la « nécessité médicale » doivent exister afin que les services spécifiques se qualifient en tant que services assurés dans le cadre du RAS.

Au 31 mars 2023, 19 dentistes et chirurgiens-dentistes fournissaient des services assurés aux termes du régime de chirurgie dentaire.

Les dentistes et chirurgiens-dentistes peuvent se retirer du RAS conformément à l'article 8 de la Loi mentionné ci-dessus. Ces dentistes et chirurgiens-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 2023, aucun dentiste ne s'était retiré du régime. Aucune surfacturation n'a été rapportée 2022–2023.

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. Aucun nouveau service n'a été ajouté à la liste ou au barème des services assurés de chirurgie dentaire en 2022–2023.

2.4 Services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

Les services hospitaliers non couverts comprennent :

- › l'hébergement en chambre individuelle ou semi-privée qui n'est pas médicalement nécessaire;
- › le transport, en ambulance ou autrement, d'un patient qui se rend à l'hôpital ou qui a obtenu son congé de l'hôpital;
- › les soins infirmiers privés demandés par le patient;
- › les radiographies ou autres services non médicalement nécessaires (p. ex. à des fins d'emploi ou d'assurance);
- › les médicaments (à l'exception des médicaments antirejet pour les patients transplantés et de l'AZT pour les patients atteints du SIDA) 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 relatifs aux avortements thérapeutiques fournis à l'extérieur du Canada ou dans des établissements canadiens non agréés.

L'utilisation du cadre hospitalier pour tout service jugé non couvert par le RAS n'est pas non plus couverte au titre du Régime d'assurance-hospitalisation aux fins de la Loi, la liste suivante représentant les services médicaux non assurés :

- › la distribution par un médecin de produits médicinaux, 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;
- › 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, sauf s'ils sont requis uniquement en raison de l'âge;
- › 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;
- › la fécondation *in vitro* et la stimulation ovarienne avec insémination;
- › l'inversion d'une procédure de stérilisation antérieure;
- › les autres services non prévus à l'article 3 de la *Medical Care Insurance Insured Services Regulations*.

La Loi 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. Ce qui implique la consultation de la Newfoundland and Labrador Medical Association ou de la Newfoundland and Labrador Dental Association. Il n'est pas obligatoire de tenir des consultations publiques pour supprimer un service de la liste. Aucun service inscrit au RAS n'a été retiré au cours de 2022–2023.



3.0 UNIVERSALITÉ

3.1 Admissibilité

Les résidents de Terre-Neuve-et-Labrador peuvent bénéficier d'une couverture en vertu de la Loi. 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. Aucune modification n'a été apportée à la réglementation pendant cette période de déclaration. Des règles établies dans le cadre du RAS garantissent l'application uniforme et équitable du Règlement lors du traitement des demandes de couverture. Le RAS 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. Aux termes de l'article 6 de la Loi, chaque résident de la province est tenu de s'inscrire au RAS conformément à la réglementation. Bien qu'il n'existe aucune clause de retrait, une personne peut choisir de se faire en ne s'inscrivant pas.

Parmi les personnes non admissibles à la couverture des RAS et RAH, 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.

En date du 31 mars 2023, environ 529 682 personnes étaient inscrites en tant que bénéficiaires actifs du RAS.

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 et les candidats à la résidence permanente, sont admissibles à la couverture de l'assurance-santé. Les citoyens canadiens rapatriés 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 RAS. Les personnes à charge des bénéficiaires du RAS, toutes catégories confondues, peuvent également être admissibles à la couverture.

En 2022–2023, le Ministère a annoncé que les Ukrainiens entrant à Terre-Neuve-et-Labrador dans le cadre de l'Autorisation de voyage d'urgence Canada-Ukraine et du Programme spécial de parrainage pour la réunification familiale étaient admissibles à l'inscription au RAS pour des périodes de six mois renouvelables, à condition qu'ils demeurent résidents de la province.



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 RAS. 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. Cette exigence a été réduite à un permis de travail de six mois pour les personnes entrant dans la province dans le cadre du Programme des candidats de la province de Terre-Neuve-et-Labrador et du Programme d'immigration au Canada atlantique. Pour les travailleurs de la santé internationaux possédant des autorisations d'emploi, la période d'emploi peut être de moins de 365 jours.

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 hospitalière pendant les absences à l'intérieur du Canada. Les politiques d'admissibilité aux services hospitaliers assurés et aux services médicaux assurés sont liées. Aucune modification n'a été apportée à la réglementation en 2022–2023.

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 remboursés 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 RAS 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. En règle générale, pour être admissible en tant que bénéficiaire, un résident doit demeurer dans la province pour une période d'au moins quatre mois pour chaque période de 12 mois. 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 bureau du 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 inscrit dans le cadre de périodes de renouvellement de cinq ans qui réside dans la province depuis plus de 12 mois et 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, une fois tous les cinq ans. À son retour, il est tenu de résider dans la province pendant une période d'au moins quatre mois; par la suite, la période de couverture des certificats suivants sera limitée à huit mois pour les quatre prochaines années;
 - › 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 pendant au plus trois années consécutives, renouvelable chaque année et assujéti à une vérification relative à l'emploi, au besoin. Les employés travaillant sur le campus du Collège de l'Atlantique Nord au Qatar peuvent être couverts pendant cinq années consécutives.
- › 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.

Aucune modification n'a été apportée à la couverture durant les absences temporaires au Canada en 2022–2023.

Les travailleurs internationaux et les étudiants internationaux qui remplissent les critères d'admissibilité peuvent bénéficier d'une couverture hors province, au Canada ou à l'étranger, pour une durée maximale de 182 jours au cours de leur période d'inscription actuelle de 365 jours, à condition qu'à aucun moment au cours de cette période leur absence cumulée n'excède la durée de leur présence dans la province

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

L'article 12 du *Hospital Insurance Regulations* fait mention de la transférabilité de la couverture des soins hospitaliers au cours d'absences à l'étranger. Aucune modification n'a été apportée à la réglementation pendant la période de déclaration.

La province offre une couverture à ses résidents pendant leurs absences temporaires à l'étranger, selon des critères similaires à ceux énoncés au point 4.2 (ci-dessus) pour les absences dans d'autres parties du Canada. 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, à des 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 qui sont facturés réciproquement. 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 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. Le médecin traitant doit 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 au tarif du pays d'accueil. L'approbation préalable n'est pas accordée dans le cas de traitements à l'extérieur du pays ou non urgents au tarif du pays d'accueil 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 Act* (la Loi) stipule qu'un praticien offrant des services assurés, qu'il ait ou non choisi de se retirer du RAS, 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 20000 \$ 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 Loi ou peuvent être signalés par les résidents. Ces cas peuvent être découverts lorsque les résidents présentent des demandes de paiement au 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 Loi 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 moment 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 RAS (pour la région d'Avalon : 1866-449-4459; 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 introduit la Politique de prestation de la chirurgie de la cataracte dans les établissements non hospitaliers désignés en 2020–2021. En étendant la prestation des chirurgies de la cataracte aux établissements non hospitaliers, le ministère vise à accroître l'accès des patients à la chirurgie de la cataracte et à réduire les temps d'attente en général. En 2022–2023, 5 631 interventions de la cataracte ont été approuvées/réalisées par des établissements non hospitaliers.

De nouvelles initiatives ont été lancées en 2022–2023 pour augmenter la capacité chirurgicale et résorber les retards dans les opérations de remplacement des articulations de la hanche et du genou. La première initiative consiste en des opérations de remplacement de la hanche et du genou le jour même (en ambulatoire), dans le cadre desquelles les patients subissent une intervention chirurgicale et rentrent chez eux le jour même. La deuxième initiative est une équipe chirurgicale orthopédique itinérante qui se rend dans des centres chirurgicaux ruraux pour effectuer certaines opérations de remplacement de la hanche et du genou.

Un partenariat a été établi avec l'Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa pour résorber la liste d'attente pour la chirurgie cardiaque, en plus d'un programme de transport aérien pour les patients d'autres régions de la province nécessitant un cathétérisme cardiaque au centre de soins tertiaires

Un groupe de travail sur la chirurgie a été créé pour examiner l'arriéré chirurgical et apporter des solutions significatives.

Le gouvernement provincial a également établi un partenariat avec le Princess Margaret Cancer Centre de Toronto pour envoyer des patients en radiothérapie.

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 2023, la législation régissant les honoraires versés aux médecins et aux dentistes au titre des services assurés continue d'être la Loi. Aucune législation ne porte sur la capacité des médecins ou des dentistes de percevoir des honoraires forfaitaires. La Newfoundland and Labrador Medical Association (NLMA) a publié le Guide à l'intention des médecins sur les services non assurés¹, qui fournit des directives sur les services demandés par des tierces parties, les autres services non assurés, les frais suggérés et les politiques pertinentes.

Les ententes sur la rémunération sont négociées entre le gouvernement et la 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 et signé le 3 mai 2021. Le lien vers le protocole d'accord se trouve sur [le site Web du Ministère](#). L'entente actuelle avec la NLDA a été signée le 4 mai 2022 pour une durée de quatre ans (2022–2026). Les ententes signées peuvent également être consultées en ligne sur [le site Web du Ministère](#) (en anglais seulement).

La Loi 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.

¹ <https://www.nlm.nl.ca/FileManager/Publications/Guides/nlma-physicians-guide-to-non-insured-service-june-2018.pdf>

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 Loi, 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'un rapport annuel, conformément à l'article 21 de la *Regional Health Authorities Act*, ainsi que 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 2022–2023, ces documents comprennent les comptes publics et le budget 2022–2023. 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

	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
1. Nombre en date du 31 mars	526 278	526 151	522 484	528 143	529 682

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE

ÉTABLISSEMENTS PUBLICS	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
2. Nombre	103	103	106	106	108
3. Paiements pour des services de santé assurés (\$)	1 260 708 567	1 217 480 996	1 188 085 817	1 272 143 186	1 341 025 273
ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS À BUT LUCRATIF	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
4. Nombre d'établissements privés à but lucratif offrant des services de santé assurés	1	1	1	3	3
5. Paiements aux établissements privés à but lucratif pour des services de santé assurés (\$)	1 023 737	954 483	3 017 568	4 432 341	5 579 380

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

	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
6. Nombre total de demandes, patients hospitalisés	1 648	1 685	1 387	1 160	1 293
7. Total des paiements patients hospitalisés (\$)	26 701 044	24 194 946	19 577 883	20 075 920	19 353 495
8. Nombre total de demandes, patients externes	22 701	25 216	14 646	17 004	17 322
9. Total des paiements, patients externes (\$)	9 161 383	10 558 507	6 142 889	6 362 269	6 937 831

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA¹

PRÉ-APPROUVÉS	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
10. Nombre total de demandes, patients hospitalisés	4	9	9	1	0
11. Total des paiements, patients hospitalisés (\$)	261 277	313 310	3 710 544	44 748	0
12. Nombre total de demandes, patients externes	17	65	69	5	9
13. Total des paiements, patients externes (\$)	69 682	455 264	520 539	8 192	33 504
NON PRÉ-APPROUVÉS	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
14. Nombre total de demandes, patients hospitalisés	85	126	33	14	37
15. Total des paiements patients hospitalisés non pré-approuvés (\$)	85 231	138 708	67 200	13 530	45 920
16. Nombre total de demandes, patients externes non pré-approuvés	309	335	62	20	68
17. Total des paiements, patients externes non pré-approuvés (\$)	31 343	20 837	3 792	1 240	4 599

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.

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE

	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
18. Nombre de médecins participants ²	1 262	1 307	1 383	1 398	1 401
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 (\$)	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
22. Total des paiements des services médicaux rémunérés à l'acte (\$)	317 338 718	320 407 337	301 991 513	325 013 123	353 776 212

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

	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
23. Nombre de services	119 100	127 900	84 900	84 200	117 986
24. Total des paiements (\$)	7 885 750	8 714 768	6 298 511	5 605 881	8 104 719

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA^{3,4}

PRÉ-APPROUVÉS	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
25. Nombre de services	2 700	2 509	1 001	226	609
26. Total des paiements (\$)	262 200	434 941	179 048	132 418	139 680
NON PRÉ-APPROUVÉS	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
27. Nombre de services	s/o	n/d	n/d	n/d	n/d
28. Total des paiements (\$)	s/o	n/d	n/d	n/d	n/d

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

	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
29. Nombre de dentistes participants	22	17	17	13	19
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	5 638	4 097	2 888	4 752	5 265
33. Total des paiements (\$)	1 231 180	713 570	416 552	900 340	1 083 488

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

³ Les demandes dans le système de données de T.-N.-L. ne peuvent pas être séparées en demandes pré-approuvées ou non 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 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.

ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD



À l'Île-du-Prince-Édouard (Î.-P.-É.), le ministère de la Santé et du Mieux-être est chargé de fournir un leadership politique, stratégique et financier pour le système de soins 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 mise 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 sur les principes de fonctionnement du Ministère et ses responsabilités législatives, ainsi qu'un aperçu et une description des activités des divisions du Ministère et des faits saillants statistiques de l'année. Le rapport annuel de Santé Î.-P.-É. pour 2022–2023 n'a pas encore été publié.

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. comprenant des données sur les activités financières, les recettes et les dépenses du Ministère.

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 diagnostiques;
- › 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 2023, 484 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 2023, 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.

Les services non couverts en tant que services assurés comprennent :

- › examens demandés par une tierce partie (par exemple, examens des enfants d'âge préscolaire, examen de l'employeur ou examens médicaux exigés par les assurances);
- › vaccins pour les voyages;
- › préparation de témoignages, certifications de médecins, etc., requis à des fins administratives ou juridiques;
- › temps de déplacement des médecins;
- › chirurgie cosmétique qui n'est pas nécessaire sur le plan médical;
- › matériels ou médicaments utilisés dans un cabinet de médecin;
- › lunettes ou lentilles cornéennes ou autres appareils, comme les prothèses auditives, les membres artificiels ou les autres matériels;
- › services d'acupuncture ou de digitopuncture;
- › services fournis à l'extérieur de l'hôpital par un audiologiste, un podologue, un chiropraticien, un diététiste, les homéopathes, les naturopathes, les optométristes, les physiothérapeutes, les podiatres, les psychologues et les services fournis par un dentiste;
- › examens de réfraction des yeux réalisés par les médecins de famille;
- › inversion du processus de stérilisation.

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 trois 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 2022-2023, 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 2022–2023.

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. Néanmoins, es 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 2023, 160 356 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 assurés 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 mesures au cours de l'exercice 2022–2023, on trouve :

- › Recrutement de médecins : 17 médecins de famille et 8 spécialistes ont été recrutés au cours de cette période;
- › 20 infirmières autorisées ont été recrutées au cours de cette période;
- › deux cliniques d'accès aux soins primaires ont été ajoutées afin d'offrir des options supplémentaires pour l'accès aux services de santé;
- › Publication d'une stratégie de santé pour les femmes et les habitants de l'île de genres différents;
- › 125 aides-soignants résidents ont été formés et ont bénéficié d'une scolarité gratuite;
- › un nouveau centre de soins prolongés pour les toxicomanes a été créé pour aider davantage de femmes de l'île à se rétablir.

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 2019 au 31 mars 2024.

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 69 % 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 2022–2023 de la province, de même que dans ses Comptes publics de 2022–2023, 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 2022–2023.

PERSONNES INSCRITES

	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
1. Nombre en date du 31 mars	153 861	154 728	160 279	157 157	160 356

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE

ÉTABLISSEMENTS PUBLICS	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
2. Nombre	7	7	7	7	7
3. Paiements pour des services de santé assurés (\$)	227 859 554	235 449 936	248 936 875	260 481 548	277 119 271
ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS À BUT LUCRATIF	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
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

	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
6. Nombre total de demandes, patients hospitalisés	2 736	2 853	2 183	1 958	2 042
7. Total des paiements patients hospitalisés (\$)	27 458 162	30 439 891	21 258 749	24 442 346	26 197 286
8. Nombre total de demandes, patients externes	19 522	19 373	13 976	14 977	15 989
9. Total des paiements, patients externes (\$)	8 667 961	8 670 798	6 411 393	6 281 510	7 176 808

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA¹

PRÉ-APPROUVÉS	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
10. Nombre total de demandes, patients hospitalisés	0	3	2	1	3
11. Total des paiements, patients hospitalisés (\$)	0	34 465	566 727	2 314	27 763
12. Nombre total de demandes, patients externes	0	6	3	2	0
13. Total des paiements, patients externes (\$)	0	642	360 228	901	0
NON PRÉ-APPROUVÉS	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
14. Nombre total de demandes, patients hospitalisés	22	30	3	13	16
15. Total des paiements patients hospitalisés non pré-approuvés (\$)	121 344	110 913	567 931	82 894	132 776
16. Nombre total de demandes, patients externes non pré-approuvés	100	95	12	14	9
17. Total des paiements, patients externes non pré-approuvés (\$)	36 992	50 255	5 012	4 368	4 033

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.

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE

	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
18. Nombre de médecins participants	412	416	409	462	484
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 (\$)	107 814 785	85 915 289	92 021 323	94 718 265	98 552 852
22. Total des paiements des services médicaux rémunérés à l'acte (\$)	72 228 583	73 456 751	75 081 965	80 413 122	80 413 122

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

	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
23. Nombre de services	115 918	124 520	105 503	113 185	129 002
24. Total des paiements (\$)	11 498 714	12 740 969	11 041 025	11 606 231	12 983 065

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA²

PRÉ-APPROUVÉS	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
25. Nombre de services	11	10	241	2	2
26. Total des paiements (\$)	2 584	1 641	119 191	12 887	5 093
NON PRÉ-APPROUVÉS	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
27. Nombre de services	441	262	29	63	118
28. Total des paiements (\$)	26 316	59 715	2 490	8 257	9 704

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

	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
29. Nombre de dentistes participants	4	4	4	3	3
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	401	401	451	486	508
33. Total des paiements (\$)	145 910	164 239	133 800	156 621	154 301

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.

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 : Des NéoÉcossais en santé

Mission : Prendre en charge un régime de soins de santé de qualité, équitable et durable qui améliore et favorise la santé et le bien-être de tous les habitants de la Nouvelle-Écosse.

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

Le Ministère est chargé d'assurer un leadership et la responsabilisation en matière de financement du système de santé. Le Ministère, qui comprend le Bureau des dépendances et de la santé mentale et le Bureau du recrutement des professionnels de la santé, continue de travailler de concert avec le ministère des Aînés et des soins de longue durée.

La Régie de la santé de la Nouvelle-Écosse et le Centre IWK sont responsables de la gouvernance, de la gestion et de la prestation des services de santé dans la province ainsi que de la collaboration avec les 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*.

En avril 2022, le ministère de la Santé et du Mieux-être a publié *Action For Health*, un plan stratégique visant à s'attaquer aux problèmes récents et de longue date applicables aux soins actifs et primaires, aux soins de longue durée, à la toxicomanie et à la santé mentale, ainsi qu'aux facteurs qui influent chaque jour sur le bien-être des Néo-Écossais.

Action for Health présente six grandes solutions ainsi que les objectifs et les mesures nécessaires pour chacune d'elles. Entre 2022 et 2026, le gouvernement provincial fera ce qui suit :

1. devenir un aimant pour les prestataires de soins de santé;
2. fournir aux Néo-Écossais les soins dont ils ont besoin et qu'ils méritent;
3. cultiver l'excellence sur le terrain;
4. intégrer la responsabilisation à tous les niveaux;

5. être réceptif et résilient;
6. aborder les facteurs qui influent sur la santé et le bien-être.

Les mesures de rendement sont facilement accessibles au public sur le site Web d'Action For Health. Des tableaux de bord interactifs sur le site, mis à jour quotidiennement, fournissent de l'information sur les services de santé que les Néo-Écossais utilisent. Des rapports d'étape trimestriels sont également publiés sur le site Web.

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 géré 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 (CBM) au nom du ministre.

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 CBM ont conclu une entente de niveau de service en août 2005 et ont négocié une nouvelle entente en juin 2021. Aux termes de l'entente, CBM s'occupe de gérer et d'exécuter le MSI et les programmes d'assurance-médicaments, y compris les services d'enregistrement des cartes santé, les services aux résidents, la rémunération des médecins, les programmes de surveillance d'ordonnances et les programmes d'assurance-médicaments, et enfin, les programmes auxiliaires comme l'optométrie et les prothèses.

L'administration et le fonctionnement des services dentaires assurés sont assurés par Green Shield Canada en vertu d'une entente avec le Ministère.

En 2022–2023, aucune modification n'a été apportée ni à la loi *Health Services and Insurance Act* ni au règlement *Medical Services Insurance Regulations*.

Le *Hospital Insurance Regulations* a été modifié le 7 février 2023 afin de clarifier le pouvoir du ministre de rembourser les frais de soins de santé approuvés pour des services fournis à l'extérieur de la province.

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 par les hôpitaux et leurs conseils d'administration.

B. Assurance médicale

Dans l'entente de niveau de service entre CBM et le Ministère, CBM est tenue de présenter des rapports au Ministère conformément à divers énoncés des besoins, comme il est précisé dans le contrat. CBM fait l'objet d'un audit annuel dans divers domaines de production de rapports. CBM fournit des états financiers vérifiés pour l'exercice se terminant le 31 mars et les états sont fournis dans les 4 mois suivant la fin de ce dernier.

1.3 Vérification des comptes

Le vérificateur général examine les états financiers provinciaux. Dans son entente sur le niveau de service avec le Ministère, CBM 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 CBM.

Au sein du portefeuille des services médicaux, il existe divers programmes qui sont vérifiés par des tiers et qui soumettent des états financiers au Ministère. Cela comprend les états financiers des sites de formation en médecine familiale de Dalhousie et du programme d'évaluation de l'aptitude à la pratique. En outre, CBM effectue des audits de demandes de règlement présentées par des médecins pour des services assurés et de contrats de financement optionnel en tant que plans de financement universitaire.

Au nom du ministre, le prestataire de services qui gère les services médicaux d'urgence extra-hospitaliers de la Nouvelle-Écosse (services de santé d'urgence (EHS) 911 Ground Ambulance, EHS Critical Care Transport, et EHS Mobile Integrated Health Services non urgents) et les services de télésanté 811 est tenu de soumettre des états financiers vérifiés chaque année qui doivent être remis 90 jours après le 31 mars. Le Ministère reçoit également des états financiers vérifiés de divers autres prestataires de services, notamment les centres de l'audition et de la parole de la Nouvelle-Écosse, la Société canadienne du sang, la Société des sourds et des malentendants de la Nouvelle-Écosse. Cependant, il n'y a pas de date limite pour la présentation de ces états financiers.

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

En plus de l'audit annuel des états financiers provinciaux, le vérificateur général effectue des audits de performance sur une variété de programmes. Les audits les plus récents du vérificateur général sur le ministère de la santé et du bien-être étaient des rapports de suivi, notamment :

- › Projet de nouvelle génération QEII – Agrandissement de l'infirmierie de Halifax et centre communautaire de consultation externe – Phase II (juillet 2020);
- › Projet de nouvelle génération QEII – Agrandissement de l'infirmierie de Halifax et centre communautaire de consultation externe (décembre 2019, chapitre 2);
- › Gestion et surveillance des technologies de l'information du secteur de la santé (décembre 2018, chapitre 1) (en anglais seulement);
- › Contrôles de gestion financière et gouvernance du Centre de santé IWK (décembre 2018, chapitre 2);
- › Ressources pour les médecins de famille (novembre 2017, chapitre 1) (en anglais seulement);
- › Gestion des contrats de soutien aux soins à domicile (novembre 2017, chapitre 3) (en anglais seulement);
- › Services en santé mentale (novembre 2017, chapitre 3) (en anglais seulement).

Pour plus de détails, veuillez consulter le [site web de l'Auditeur général de la Nouvelle-Écosse](#) (en anglais seulement).

1.4 Organisme désigné

CBM gère les fonds pour payer les comptes des médecins conformément à l'accord de service avec le ministère de la Santé et du Bien-être. Les taux de rémunération des médecins sont fixés sur la base de l'accord-cadre négocié avec Doctors Nova Scotia (le seul organe de négociation pour les médecins en Nouvelle-Écosse) et du plan de financement des études cliniques, qui est négocié avec Doctors Nova Scotia, l'université Dalhousie, la régie de la santé de Nouvelle-Écosse et le Centre IWK.

MSI est le régime provincial des services médicaux assurés. Il est conçu pour payer un large éventail de services médicaux nécessaires aux médecins, ainsi que certains services dentaires et optométriques.

Le Ministère et le bureau du vérificateur général ont le droit, dans le cadre des modalités de l'entente avec CBM, 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 rémunérer 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.

Dans le cadre d'une entente avec le Ministère, Green Shield Canada fournit aussi des rapports mensuels, trimestriels et annuels sur les programmes dentaires en Nouvelle-Écosse. Cela comprend les services dentaires hospitaliers lorsque le milieu hospitalier est nécessaire à l'exécution sécuritaire de l'intervention. Ces rapports traitent des demandes de paiement des prestataires et de leur rémunération, de l'utilisation des programmes et de l'audit. Il est possible de se procurer une liste complète de rapports auprès du Ministère.

CBM est responsable de la présentation d'un certain nombre de 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 prestataires, 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.



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* (HSIA). Le règlement *Hospital Insurance Regulations* découle de la loi. Aucune modification n'a été apportée à cette législation au cours de l'exercice 2022–2023.

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 médicaments, produits biologiques et préparations connexes pertinents;
- › l'utilisation des salles d'opération, des salles d'accouchement et des services d'anesthésie;
- › les fournitures chirurgicales courantes;
- › l'utilisation, pour les patients hospitalisés, des services de radiothérapie et de physiothérapie;
- › les services rendus par des personnes rémunérées par l'hôpital;
- › le sang ou les produits de fractionnement du sang.

Les services de consultation externe comprennent :

- › les examens de laboratoire, radiologiques et électroencéphalographiques;
- › les procédures de diagnostic impliquant l'utilisation d'isotopes radioactifs;
- › l'utilisation des installations de radiothérapie pour le traitement des tumeurs malignes;
- › l'utilisation des installations de physiothérapie;
- › les services infirmiers nécessaires;
- › des services et des fournitures spécifiques lorsqu'ils sont utilisés pour un diagnostic et un traitement d'urgence, dans les 48 heures suivant un accident;
- › le sang ou les produits de fractionnement du sang;
- › les services et fournitures spécifiques liés à certaines interventions médicales ou chirurgicales mineures;
- › les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes adéquats;
- › les services hospitaliers, lorsque disponibles, y compris les repas nécessaires, en rapport avec une clinique de soins de jour pour l'éducation et l'instruction nécessaires des diabétiques;
- › l'hémodialyse;
- › les procédures de diagnostic par ultrasons;
- › la composante non médicale (à l'exclusion des médicaments, des produits biologiques et des préparations connexes) de toutes les autres procédures générales de diagnostic et de traitement (à l'exclusion des procédures dentaires);
- › la radiothérapie pour les affections non malignes;
- › les électrocardiogrammes;
- › les services psychiatriques qui ne sont pas des services médicaux;
- › les services fournis dans le cadre de Hearing and Speech Nova Scotia;
- › la nutrition parentérale;
- › l'équipement pour le traitement de l'érythromélagie;
- › la dialyse péritonéale ambulatoire continue;
- › la thérapie par lymphocytes T à récepteur antigénique chimérique (CAR-T).

Chaque année, la Régie de la santé de la Nouvelle-Écosse et le Centre IWK présentent des plans d'activités qui définissent les budgets et les priorités de l'année à venir, dans le but d'assurer un accès sans danger et de haute qualité aux soins. En vertu de la 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 loi *Health Services and Insurance Act*, articles 3 (2), 5, 8, 13, 13 A, 17 (2), 22, 27 à 31 et 35, et les règlements *Medical Services Insurance Regulations* en découlant. Aucune modification n'a été apportée à cette législation en 2022–2023.

En date du 31 mars 2023, 3 033 médecins étaient rémunérés par l'entremise du régime MSI.

Le médecin conserve le droit de participer au régime MSI, ou de s'en retirer. Pour ce faire, le médecin notifie MSI et renonce 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 2023, aucun médecin ne s'était retiré du régime MSI pour adopter ce mode de rémunération.

Les services assurés comprennent les services médicalement nécessaires. Les services des médecins suivants sont rémunérés lorsque médicalement nécessaires, y compris :

- › les services dans le cabinet du médecin, à l'hôpital ou à domicile;
- › tous les services chirurgicaux nécessaires, y compris les services d'anesthésistes et d'assistants chirurgicaux, le cas échéant;
- › les soins obstétricaux complets, y compris les soins prénatals, l'accouchement, la césarienne, les soins postnatals et les soins aux nouveau-nés, ainsi que toute complication de la grossesse, comme une fausse couche;
- › les procédures de stérilisation, tant masculines que féminines;
- › le traitement des fractures et des dislocations;
- › tous les services spécialisés nécessaires, y compris les consultations (voir le paragraphe ci-dessous sur les services spécialisés);
- › tous les services diagnostiques nécessaires, à l'exception de ceux qui sont disponibles dans le cadre des services hospitaliers assurés;
- › les examens physiques, lorsqu'ils sont jugés médicalement nécessaires;
- › la supervision de la dialyse à domicile;
- › les soins aux bébés;
- › les frottis cervicaux et autres mesures préventives.

Si, de l'avis du médecin, un patient a besoin des services d'un spécialiste pour une consultation ou des soins, il est orienté vers le spécialiste. La rémunération au tarif de spécialiste est basé sur une recommandation valable du médecin traitant.

En 2022–2023, la Nouvelle-Écosse a poursuivi les soins virtuels pour permettre aux médecins de facturer les services non procéduraux assurés fournis par téléphone ou sur une autre plateforme virtuelle.

Le comité des honoraires est décrit à l'article 4.1(c) de la convention-cadre de 2019. Le comité des honoraires est une structure de collaboration composée du Ministère, de la Régie de la santé de la Nouvelle-Écosse et de Doctors Nova Scotia. Le comité examine les demandes de nouveaux honoraires, de modification des honoraires actuels, ainsi que d'ajout, de révision ou de clarification du préambule du manuel du médecin du MSI. Le comité des honoraires fournit des conseils et des recommandations au groupe de gestion des accords-cadres sur toutes les questions relatives au barème des 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.

En règle générale, aucune consultation publique n'est entreprise lors de l'inscription ou du retrait de services médicaux assurés.

2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

Pour offrir 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 de ne plus participer au régime est tenu d'en informer le régime MSI par écrit et il n'est plus autorisé par la suite à présenter des réclamations au régime. En 2022–2023, 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 publique. Les services de chirurgie dentaire assurés sont détaillés dans le guide des services dentaires du Ministère 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 (lorsqu'il existe des preuves radiographiques d'infection ou de destruction des dents et d'os adjacents et l'extraction des dents touchées lorsqu'il existe des preuves radiographiques d'infection ou de destruction de dents et d'os adjacents) 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. Les extractions courantes de dents de sagesse et les extractions en raison d'entassements ne sont pas assurées par la seule prévention.

À l'heure actuelle, aucun dentiste connu ne s'est retiré du régime et aucun dentiste connu n'est 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 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 Board 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 traite attentivement toutes les plaintes de patients et répond aux préoccupations du public pouvant 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. La consultation de la Nova Scotia Dental Association a précédé le retrait des services dentaires dans le passé. 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* et dans le *Health Services for Foreign Workers, International Students and Armed Forces Families 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 2022–2023, 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 n'est pas touriste, de passage ou en visite.

Les résidents qui sont citoyens canadiens ou possèdent le statut de « résidents permanents » tel que défini par Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada (IRCC) doivent être habituellement présents en Nouvelle-Écosse pour demeurer admissibles.

Les enfants nés à l'étranger de résidents de la Nouvelle-Écosse sont admissibles à la couverture à condition que leurs parents remplissent les conditions de résidence de la Nouvelle-Écosse.

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'être résident permanent tel que défini par 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 d'assurance hospitalisation (Hospital Insurance) et le régime d'assurance médicale (régime MSI) (comme les membres des Forces armées canadiennes, les détenus fédéraux et certaines catégories de réfugiés). Une fois qu'une personne n'est plus assurée en vertu des lois, des statuts ou des décrets précédents, elle est alors admissible pour faire une demande de couverture de l'assurance maladie de la Nouvelle-Écosse, pour autant que cette personne ait la citoyenneté canadienne ou le statut de résident permanent tel que défini par IRCC, ou qu'elle satisfait aux exigences de résidence de la Nouvelle-Écosse. Un examen administratif peut être demandé pour les personnes jugées inadmissibles.

En 2022–2023, 1 101 152 résidents au total étaient inscrits au régime d'assurance maladie de la province.

La politique sur l'admissibilité aux programmes d'assurance maladie de la Nouvelle-Écosse est en cours d'examen à la suite de l'adoption du règlement en 2022–2023.

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 maladie 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 : Les personnes 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). Une copie du certificat de mariage est obligatoire.

Réfugiés au sens de la Convention ou personnes à protéger : Les personnes 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 2022–2023, 75 741 résidents permanents étaient inscrits au régime d'assurance maladie.

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.

Forces armées canadiennes : Les conjoints et les personnes à charge des militaires des Forces armées canadiennes sont admissibles à la date où ils deviennent résidents de la Nouvelle-Écosse.

Organisation du Traité de l'Atlantique Nord (OTAN) : Les conjoints et les personnes à charge des membres de l'OTAN, autres que les États-Unis d'Amérique, sont admissibles à la date à laquelle ils sont devenus résidents de la Nouvelle-Écosse. Le membre doit fournir un permis de travail ou une lettre de son commandant de l'OTAN et satisfaire à toutes les autres exigences d'admissibilité au permis de travail pour que son conjoint et les personnes à sa charge soient admissibles.

Canadiens rapatriés : Les personnes qui sont citoyens canadiens ou résidents permanents sont admissibles à la date où elles deviennent résidentes de la Nouvelle-Écosse.

Permis de travail : Les personnes de l'étranger qui viennent s'établir en Nouvelle-Écosse et qui possèdent un permis de travail ou un contrat de travail avec un employeur de la Nouvelle-Écosse, sont admissibles à la date où ils deviennent résidents de la province, à la condition de demeurer en Nouvelle-Écosse au moins une année complète et de signer une déclaration de résidence. Le travailleur doit être présent en Nouvelle-Écosse 90 jours après l'arrivée et ne peut s'absenter pendant plus de 183 jours, sauf si l'absence est requise pour des raisons d'emploi. La couverture du régime MSI est prolongée pour un maximum de 12 mois à la fois. Chaque année, une copie de leur document d'immigration renouvelé doit être présentée et une déclaration doit être signée. Les conjoints et les personnes à charge qui ont légalement le droit de rester au Canada sont admissibles au même titre que le travailleur.

Une fois la couverture terminée, le travailleur doit être considéré comme n'ayant jamais été admissible à la couverture des services de santé et doit se conformer aux critères d'admissibilité avant que la couverture ne soit offerte à lui-même, à son conjoint et aux personnes à sa charge.

En date du 17 décembre 2022, la Nouvelle-Écosse a supprimé la restriction sur toute absence de plus de 31 jours consécutifs pour les travailleurs étrangers admissibles et les personnes ayant un contrat de travail. Le nouveau *Health Services for Foreign Workers, International Students and Armed Forces Families Regulations* a été adopté le 9 mai 2023.

Travailleurs religieux : Les membres du clergé étrangers sont admissibles à la même couverture que ceux qui détiennent un permis de travail. Les visas de visiteur (type de cas 13 ou type de cas 10) indiquant que la personne est un travailleur religieux sont acceptés au lieu des permis de travail.

Travailleurs saisonniers : Les travailleurs saisonniers sont admissibles à la même protection que ceux qui ont un permis de travail pourvu que le permis soit valide pour au moins 12 mois.

En 2022–2023, 18 381 personnes détenant un permis de travail étaient couvertes par le régime d'assurance maladie.

Permis d'études : Les personnes qui s'installent en Nouvelle-Écosse en provenance d'un autre pays et qui possèdent un permis d'études (autorisation d'études) ont droit à la couverture MSI le premier jour du treizième mois suivant le mois de leur arrivée à condition qu'elles aient été effectivement présentes en Nouvelle-Écosse pendant 90 jours après leur arrivée et qu'elles n'aient pas été absentes pendant plus de 183 jours, à moins que l'absence ne soit une exigence de leurs études. 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 conjoints et les personnes à charge, qui sont légalement autorisées à demeurer au Canada, sont couvertes selon les mêmes modalités que l'étudiant.

À compter du 19 décembre 2022, les étudiants sont admissibles à la couverture des services assurés reçus à l'extérieur de la province, et la restriction d'admissibilité applicables aux absences de plus de 31 jours consécutifs est supprimée. À la suite de la modification de la politique, le nouveau *Health Services for Foreign Workers, International Students and Armed Forces Families Regulations* est entré en vigueur le 9 mai 2023.

En 2022–2023, 2 991 titulaires d'un permis d'études étaient couverts par le régime d'assurance maladie.

Détenteurs d'un passeport diplomatique et employés de l'Organisation des pêches de l'Atlantique Nord-Ouest (OPANO) : Les personnes détenant un passeport diplomatique et employés de l'OPANO qui détiennent un document d'acceptation délivré par le ministère des Affaires étrangères, du Commerce et du Développement au lieu d'un permis de travail doivent satisfaire à toutes les exigences restantes du permis de travail pour être admissibles. Les conjoints et les personnes à charge qui ont légalement le droit de rester au Canada sont admissibles au même titre que le détenteur d'un passeport diplomatique ou l'employé de l'OPANO.

Résidents permanents temporaires (RPT) : Les personnes qui obtiennent le statut de RPT ne sont pas admissibles à moins de satisfaire aux critères d'admissibilité à la résidence et à un permis de travail ou d'études.



4.0 TRANSFÉRABILITÉ

4.1 Période d'attente minimale

Les personnes des autres provinces ou territoires du Canada qui s'établissent en Nouvelle-Écosse 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. Il n'y a aucune période d'attente pour les familles des membres des Forces armées canadiennes qui déménagent en Nouvelle-Écosse.

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 ou plus longtemps en fonction du temps documenté requis pour terminer le programme d'études. 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 ou pendant plus longtemps 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 2022–2023 pour les services hospitaliers et les services de consultation externe fournis dans d'autres provinces et territoires a atteint 27 836 818 \$.

Les résidents de la Nouvelle-Écosse continuent d'être admissibles aux services assurés dans le cadre du Régime d'assurance maladie 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.

En 2022–2023, les résidents qui recevaient des soins d'hémodialyse à l'étranger avaient droit à un remboursement jusqu'à concurrence de 549 \$ par jour, à condition qu'ils présentent la facture originale du service.

Les résidents de la Nouvelle-Écosse continuent d'être admissibles aux services assurés dans le cadre du Régime MSI 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 ou plus longtemps selon le temps qu'il faut pour suivre le programme d'études. 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. La couverture du MSI sera étendue sur une base annuelle ou pour une durée prolongée, sous réserve de la réception de la présente lettre et des documents attestant du temps nécessaire à l'achèvement du programme d'études.

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 qu'elles aient satisfait au préalable aux exigences de résidence.

Les travailleurs étrangers admissibles, leurs conjoints et leurs personnes à charge, sont couverts pour les services assurés reçus à l'extérieur de la province. À compter du 19 décembre 2022, la Nouvelle-Écosse a modifié la politique d'admissibilité aux programmes d'assurance maladie de la Nouvelle-Écosse afin d'étendre la couverture des étudiants étrangers, de leur conjoint et de leurs personnes à charge, pour les services assurés reçus à l'extérieur de la province, et a également supprimé les restrictions d'admissibilité pour les absences de plus de 31 jours consécutifs pour les travailleurs étrangers et les étudiants étrangers. Le nouveau *Health Services for Foreign Workers, International Students and Armed Forces Families Regulations* est entré en vigueur le 9 mai 2023.

Le montant total des dépenses en 2022–2023 pour les services aux patients hospitalisés assurés fournis à l'extérieur du Canada a atteint 1 912 835 \$. La Nouvelle-Écosse ne couvre pas les soins en consultation externe à l'extérieur du pays.

En 2022–2023, le nombre total de résidents inscrits au régime d'assurance maladie était de 1 101 152.

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 encore envoyées au College of Physicians and Surgeons of Nova Scotia. Les plaintes font l'objet d'une enquête et sont traitées.

Les coordonnées du 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, Nouvelle-Écosse B3J 2R8

Formulaire sécurisé :

<https://novascotia.ca/dhw/about/contact/#form> (en anglais seulement).

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 la province de Nouvelle-Écosse, représentée par le ministre.

Le paiement à l'acte est un mode de paiement pour les services des médecins, comme l'est la rémunération des médecins effectuée par le biais d'autres modes de rémunération. Les modes de rémunération alternatifs facilitent la prestation de soins médicaux qui peuvent ne pas être compatibles avec le modèle de financement à l'acte et sont souvent utilisés pour soutenir le recrutement et la fidélisation des médecins, ainsi que le financement des soins de groupe dans les zones rurales où le volume des services devrait être moindre. En outre, dans le contexte du financement universitaire, la rémunération peut inclure une compensation pour des activités non médicales telles que l'enseignement, la recherche et l'administration.

L'accord-cadre de 2019 engage la province à élaborer un modèle de capitation mixte, le projet pilote de modèle de financement par capitation mixte qui a été lancé à l'été 2022 et dont l'évaluation est prévue pour la fin de 2023. La province a également recours à d'autres programmes de financement tels que les accords d'urgence, le financement par session et le financement de la suppléance. En Nouvelle-Écosse, la rémunération et le suivi de celle-ci font partie des prestations de la Nova Scotia Medical Services Insurance (MSI). La section 9 de l'accord-cadre de 2019 énonce le droit du Ministère de procéder à des audits des médecins en ce qui concerne les services médicaux assurés faisant l'objet d'une demande de remboursement.

L'annexe E du contrat-cadre décrit les processus d'audit de la facturation, y compris un comité d'audit du groupe de gestion du contrat-cadre pour examiner le processus d'audit et faire une recommandation. Chaque année, le régime MSI élabore un plan d'audit et effectue un suivi des demandes de remboursement afin de déterminer si :

- › le service était un service assuré en Nouvelle-Écosse;
- › le service a été fourni;
- › le service était médicalement nécessaire;
- › le service a été correctement représenté dans la demande de remboursement, et;
- › le service répond aux exigences énoncées dans :
 - › le préambule du manuel du médecin du régime MSI;
 - › tout éclaircissement pertinent transmis aux médecins par le biais du Bulletin des médecins du régime MSI.

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

5.3 Paiements aux hôpitaux

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

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

L'article 10 de la 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 2022–2023, la Nouvelle-Écosse comptait 3 321 lits (soit 3,3 lits pour 1 000 résidents). Les dépenses directes du Ministère pour les coûts de fonctionnement des services hospitaliers assurés étaient de 2 640 425 842 \$.



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, soit :

- › les comptes publics de 2022–2023 publiés le 12 septembre 2023;
- › les prévisions budgétaires et des renseignements supplémentaires pour 2022–2023 publiés le 29 mars 2022.

PERSONNES INSCRITES

	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
1. Nombre en date du 31 mars	1 034 476	1 043 849	1 062 223	1 079 880	1 101 152

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE

ÉTABLISSEMENTS PUBLICS	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
2. Nombre	35	35	35	35	35
3. Paiements pour des services de santé assurés (\$)¹	1 917 181 492	2 033 885 945	2 186 870 916	2 220 898 704	2 640 425 842
ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS À BUT LUCRATIF	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
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 (\$)	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o

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

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.

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

	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
6. Nombre total de demandes, patients hospitalisés	2 934	1 986	1 097	1 095	1 478
7. Total des paiements patients hospitalisés (\$)	19 879 822	21 568 883	13 216 509	12 194 376	17 588 618
8. Nombre total de demandes, patients externes	40 361	38 929	28 109	31 788	28 517
9. Total des paiements, patients externes (\$)	15 715 186	15 516 229	10 158 207	10 143 100	10 248 199

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA³

PRÉ-APPROUVÉS	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
10. Nombre total de demandes, patients hospitalisés	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
11. Total des paiements, patients hospitalisés (\$)	2 386 348	7 327 272	8 640 992	5 036 502	1 822 948
12. Nombre total de demandes, patients externes	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
13. Total des paiements, patients externes (\$)	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
NON PRÉ-APPROUVÉS	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
14. Nombre total de demandes, patients hospitalisés	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
15. Total des paiements patients hospitalisés non pré-approuvés (\$)	331 879	352 994	108 240	45 825	89 887
16. Nombre total de demandes, patients externes non pré-approuvés	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
17. Total des paiements, patients externes non pré-approuvés (\$)	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d

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.

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE

	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
18. Nombre de médecins participants	2 762	2 801	2 803	2 906	3 033
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	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o
21. Total des paiements des services médicaux rémunérés pour l'ensemble des méthodes de paiement (\$)	800 367 900	834 933 109	888 887 594	923 670 325	968 981 019
22. Total des paiements des services médicaux rémunérés à l'acte (\$)	357 558 840	352 279 973	304 525 329	376 406 902	391 076 855

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

	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
23. Nombre de services	221 096	226 834	176 875	199 358	318 998
24. Total des paiements (\$)	9 292 479	9 522 757	6 346 214	6 894 731	8 937 052

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA⁴

PRÉ-APPROUVÉS	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
25. Nombre de services	38	47	68	75	52
26. Total des paiements (\$)	119 968	110 315	168 335	101 973	35 265
NON PRÉ-APPROUVÉS	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
27. Nombre de services	1 971	1 391	127	295	346
28. Total des paiements (\$)	121 608	91 170	11 046	22 283	22 444

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

	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
29. Nombre de dentistes participants	18	18	18	18	18
30. Nombre de dentistes ayant opté pour le retrait du régime d'assurance-santé	1	0	0	0	0
31. Nombre de dentistes non participants	0	0	0	0	0
32. Nombre de services fournis ⁵	6 642	6 381	6 303	6 732	7 170
33. Total des paiements (\$) ⁶	1 427 177	1 460 699	1 385 924	1 208 317	1 477 948

⁴ 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.

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, selon son mandat, 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 des services aux médecins du Ministère est chargée 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.

Le ministère de la Santé rédige et présente un rapport annuel à l'Assemblée législative, et fournit également des renseignements au Bureau du contrôleur afin qu'ils soient inclus dans ses documents sur les comptes publics. L'équipe de direction du ministre et du ministère de la Santé doit répondre aux questions des membres de l'Assemblée législative conformément à ces documents sur les comptes publics. Le dernier rapport annuel du ministère de la Santé se trouve [ici](#).

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 de la province 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 volume I du rapport du vérificateur général 2023 présente les résultats de l'audit de performance sur l'État de préparation et capacité d'intervention en situation de pandémie dans les foyers de soins. Les principales conclusions du rapport sont disponibles [ici](#).

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*. Les états financiers et l'information supplémentaire présentés annuellement à l'Assemblée législative par le Bureau du contrôleur pour tout le financement public, y compris celui associé aux services assurés en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*, se trouvent [ici](#).

L'Équipe de surveillance et de vérification : Équipe 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 qui sont décrits dans la *Loi canadienne sur la santé* 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.

Au cours de l'exercice 2022–2023, aucune modification n'a été apportée aux lois ou aux règlements mentionnés ci-dessus.

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 2023, on comptait 1 858 médecins participants au Nouveau-Brunswick.

Un médecin ou un spécialiste en chirurgie buccale et maxillo-faciale pratiquant dans la province, hors des dispositions de la Loi et de son règlement (a fait le choix de se retirer du régime), doit informer toute personne à qui les services admissibles sont donnés qu'il pratique en dehors des dispositions de la Loi et de son règlement et qu'il n'est pas en droit de recevoir un paiement dans le cadre du régime de services médicaux. De plus, les médecins peuvent choisir de se retirer du régime pour un patient donné seulement pour la gestion totale de la condition du patient faisant l'objet de soins, ce qui comprend les complications qui pourraient survenir dans un délai raisonnable, et ils doivent aviser le patient avant de lui fournir des services qu'ils renoncent à l'assurance-maladie pour ces services.

Un médecin participant qui souhaite ensuite modifier son statut et se retirer complètement peut le faire en avisant par écrit le Ministère de son intention. Son changement de statut entrera en vigueur à la date de réception de l'avis écrit par le Ministère ou à la date précisée par le praticien. Aucun médecin fournissant des services de soins de santé au cours du présent exercice n'a fait ce choix.

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

- › tous les services autorisés rendus par des médecins ou des chirurgiens bucco-dentaires et maxillo-faciaux qui sont médicalement nécessaires.

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 2022–2023, la *Loi sur le paiement des services médicaux* et le *Règlement général – Loi sur le paiement des services médicaux* ont été modifiés pour supprimer les obstacles permettant à une autorité sanitaire régionale de conclure un accord pour la prestation de services chirurgicaux en dehors d'un hôpital et à l'assurance-santé de payer les chirurgiens pour les services rendus dans ces installations chirurgicales. En outre, les chiropraticiens ont été ajoutés à la liste des personnes qui peuvent renvoyer directement à un spécialiste.

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 2023, onze dentistes et chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux fournissaient des services assurés en vertu du régime de services médicaux.

Il n'existe pas de processus officiellement défini par lequel de nouveaux services dentaires pourraient être ajoutés à la liste des services assurés; cependant, les chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux pourraient en faire la demande au gouvernement s'ils le jugent approprié. En 2022–2023, aucun nouveau service dentaire n'a été ajouté à la liste des services assurés.

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, sauf dans le cas d'une évaluation psychiatrique médico-légale ordonnée par un 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 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;
- › 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 2022–2023, 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 2023, il y avait 825 607 personnes activement inscrites au régime du Nouveau-Brunswick. Vous trouverez ci-dessous le nombre de personnes inscrites dans les catégories demandées :

Clergé étranger	36
Personnel de l'OTAN	6
Permis ministériel	3
Résidents permanents*	40 014

* Le régime d'assurance-santé ne dispose pas de données sur le nombre de demandeurs de résidence permanente

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 du Canada ou de l'étranger 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 citoyens 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'études et qui établissent leur résidence dans la province peuvent devenir bénéficiaires le premier jour des cours, à la date de début spécifiée dans le permis d'études ou à la date d'arrivée au Nouveau-Brunswick, selon la date la plus tardive. 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 signer 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 nouvellement embauchés qui arrivent au Canada en vertu d'un permis de travail doivent détenir un permis valide pour au moins un an (ou d'une combinaison de permis couvrant au moins un an et se situant à quelques mois d'intervalle). Le ministère de la Santé exige également un exemplaire de leur passeport (y compris une copie du timbre dateur de la dernière entrée, le cas échéant) ainsi qu'une preuve de résidence du Nouveau-Brunswick.

Les enfants qui sont nés à l'extérieur du pays dont au moins un des parents est citoyen canadien auront le même statut d'admissibilité que leur parent à leur retour dans la province. Des documents appropriés sont requis.

Si une personne s'oppose à une décision du ministère de la Santé, y compris une décision concernant l'admissibilité à des services, elle peut soumettre une demande au Comité d'appel des services assurés, qui conseillera le ministre.

Aucune modification n'a été apportée aux dispositions sur l'admissibilité en 2022–2023.



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; aucune modification n'a été apportée à cet article de la Loi en 2022–2023.

4.2 Couverture durant des absences temporaires à l'intérieur 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 pendant une absence temporaire ailleurs au Canada. Cette partie de la Loi n'a pas été modifiée en 2022–2023.

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 bénéficieront d'une couverture pouvant aller jusqu'à 12 mois, s'ils respectent les conditions suivantes :

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

Le Nouveau-Brunswick a conclu des ententes officielles pour la facturation réciproque des services hospitaliers assurés avec l'ensemble des provinces et des territoires du Canada. Le Nouveau-Brunswick a également conclu des ententes réciproques avec toutes les provinces, à l'exception du Québec, pour la prestation de services médicaux assurés. Les services fournis par des médecins du Québec à des 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 indiquant que sa résidence permanente est située au Nouveau-Brunswick et précisant 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 prestataires 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.

Quand bien même 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 prestataire 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.

Un patient du Nouveau-Brunswick peut choisir de recevoir la majorité des services assurés payés par l'assurance-maladie dans n'importe quel hôpital public au Canada, sans approbation préalable. La plupart de ces services sont couverts par des ententes interprovinciales de facturation réciproque, bien que certains puissent être facturés directement à la province où le service a été rendu. Certaines interventions nécessitent une approbation par l'assurance-maladie avant qu'un patient puisse recevoir un traitement dans une autre province (p. ex., interventions très coûteuses, services résidentiels en matière de toxicomanie ou de santé mentale, certaines chirurgies plastiques, etc.). Si une telle approbation préalable est requise, le médecin traitant doit envoyer les documents pertinents et indiquer par écrit la raison de l'aiguillage vers un service à l'extérieur de la province au médecin-conseil de l'assurance maladie. Les frais de déplacement ne sont pas couverts par l'assurance maladie, mais les frais d'hébergement pourraient l'être si le patient satisfait aux critères de la politique sur l'hébergement du régime d'assurance-maladie.



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. Comme il est indiqué à l'article 13.1 du *Règlement 84–20* pris en vertu de la *Loi sur le paiement des services médicaux*, 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 2022–2023, le ministère de la Santé a reçu, inscrit et répondu à quelque 150 à 200 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. Au cours du même exercice et en plus de ce qui précède, le ministère de la Santé a reçu 10 878 autres courriers qui faisaient partie de campagnes coordonnées (souvent avec des messages communs pré-rédigés) concernant des questions d'intérêt public largement répandues. 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.

De plus, en partenariat avec les RRS, le ministère de la Santé examine des mécanismes proactifs afin qu'aucun frais ne soit exigé aux citoyens pour les services de soins primaires offerts par les prestataires au Nouveau-Brunswick.

Douze demandes de remboursement des services offerts au privé aux patients ont été reçues au cours de l'exercice 2022–2023. Ces demandes de remboursement concernaient notamment des prélèvements sanguins faits dans un centre de prélèvement privé et un traitement chirurgical fourni par un prestataire privé à l'étranger. Conformément à la législation du Nouveau-Brunswick décrite ci-dessus, ces demandes ont été examinées et jugées non admissibles au remboursement.

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.

Au cours de l'exercice 2022–2023, le ministère de la Santé s'est concentré sur ces priorités gouvernementales par les moyens suivants :

- › Élaboration d'une stratégie de transformation des soins de santé primaires et d'un plan d'action de 18 mois.
- › Lien Santé NB a été mis en place dans les zones 1, 3 et 5. La liste de patients connectés a été éliminée dans les zones 1 et 5. 25 958 personnes ont été intégrées au programme et 15 629 sont préinscrites dans les zones où les cliniques ne sont pas encore ouvertes.
- › Investissement dans le programme de pompes à insuline, qui verra la suppression de la limite d'âge et l'inclusion de la couverture de la surveillance continue du glucose.

- › Élargissement du champ d'exercice des pharmaciens et financement de l'évaluation et du traitement des affections mineures.
- › Un nouveau Régime médicaments du Nouveau-Brunswick a été mis en place le 1^{er} novembre 2022. Ce nouveau régime a permis d'améliorer l'accessibilité pour les membres à faible revenu et d'assurer sa viabilité à long terme.
- › Le Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick des services correctionnels a été lancé en novembre 2022. Ce nouveau régime provincial fournira une couverture des médicaments sur ordonnance aux personnes détenues dans les cinq établissements correctionnels de la province.
- › Le programme d'évaluation et de prescription de Paxlovid par les pharmaciens a été lancé en septembre 2022.
- › Santé publique NB a établi un cadre réglementaire et un système informatique pour soutenir la mise en œuvre d'un nouveau registre des tours de refroidissement au Nouveau-Brunswick. La loi exige maintenant l'enregistrement de toutes les tours de refroidissement au Nouveau-Brunswick, ainsi qu'un plan d'entretien, des tests et des rapports sur la légionellose pour toutes les tours de refroidissement afin de réduire le risque d'épidémies de légionellose au Nouveau-Brunswick.
- › Le temps de traitement des demandes d'assurance-santé a été considérablement réduit. En juillet 2022, la durée moyenne du cycle de traitement d'une demande était de 62,7 jours. En janvier 2023, la durée moyenne du cycle avait considérablement diminué pour atteindre 6,6 jours.
- › Le formulaire de demande d'assurance maladie en ligne a été officiellement lancé en mars 2023. Cette nouvelle façon d'exploiter la technologie permettra d'accélérer les délais de traitement.
- › L'équipe médicale hors province de Assurance-maladie et services aux médecins a mené un projet visant à résorber l'arriéré des demandes de remboursement des services médicaux fournis par des médecins québécois à des résidents du Nouveau-Brunswick. Le temps d'attente de plus de 180 jours a été réduit à moins de 60 jours pour traiter les demandes.
- › L'équipe médicale hors province d'Assurance-maladie pour les frais médicaux courants a également rationalisé le processus de soumission et de paiement des demandes de remboursement des frais médicaux courants. Ce nouveau processus permet d'accélérer le paiement des praticiens de l'extérieur de la province qui fournissent des services assurés aux résidents du Nouveau-Brunswick.

- › La Direction analytique en matière de santé dirige l'élaboration de normes de conception visuelle des tableaux de bord et d'un processus de développement et de gouvernance des tableaux de bord pour le reste du GNB.
- › Les résultats de laboratoire généraux sont désormais consultables sur MaSantéNB.
- › Le Ministère continue d'améliorer l'accès à la chirurgie au Nouveau-Brunswick. En mars 2023, la liste des personnes qui attendent le plus longtemps pour une chirurgie de la hanche et du genou a été réduite d'un maximum d'environ 700 patients à 453 patients. Cette réduction est en grande partie le résultat d'investissements importants réalisés pour élargir l'accès aux services chirurgicaux, notamment l'initiative de l'hôpital Upper River Valley (URVH) visant à offrir des services de chirurgie du genou. La province est en passe d'éliminer la liste des personnes qui attendent plus d'un an pour une opération de la hanche ou du genou d'ici le 31 mars 2024.
- › Des investissements ont également été réalisés pour améliorer l'accès à la chirurgie de la cataracte. À Bathurst, un projet pilote, financé en partie par le Programme pilote sur les aînés en santé, offre la chirurgie de la cataracte dans une clinique et a permis de réduire considérablement les temps d'attente pour cette opération dans cette région.
- › Dans le cadre du Plan de la santé provincial, sous le volet Soutien pour les aînés qui veulent vieillir chez eux, la Direction des soins à domicile a collaboré avec EM/ANB et le ministère du Développement social pour mettre en place des services cliniques améliorés pour les résidents des établissements résidentiels pour adultes. Ces services ont permis d'améliorer l'accès aux soins pour ces résidents, de réduire le nombre de visites aux urgences et d'admissions à l'hôpital. Cette approche de service continuera à s'étendre à tous les établissements résidentiels pour adultes.
- › En janvier 2023, la Direction des soins à domicile a publié une mise à jour du Manuel des politiques provinciales du Programme extra-mural (PEM) du Nouveau-Brunswick, qui fournit le cadre et les politiques obligatoires pour la gestion et la prestation des services de soins de santé à domicile du PEM. Ce manuel de politiques provinciales fournit une orientation politique pour l'accès et la prestation de services de soins de santé à domicile de qualité, sûrs, fiables, cohérents et normalisés à tous les Néo-Brunswickois.
- › En 2022–2023, la Direction des soins à domicile a travaillé en collaboration avec l'EM/ANB pour mettre en place le rôle de l'infirmière praticienne au sein de l'équipe interdisciplinaire du Programme extra-mural. L'infirmière praticienne améliore le soutien et la direction médicale dans la gestion des soins de santé à domicile, donne accès à des conseils médicaux et à la direction des soins médicaux, et soutient les patients qui ont besoin de services de PEM sans fournisseur de soins de santé primaires.
- › En février 2023, un programme de dépistage du cancer du poumon a été mis en place pour aider à la détection précoce du cancer du poumon chez les patients à haut risque et pour réduire le fardeau du cancer au Nouveau-Brunswick.

- › La division Traitement des dépendances et de la Santé mentale a accordé une subvention de trois ans à Capacité NB pour mettre sur pied un programme de mentorat par les pairs en santé mentale à l'intention des personnes handicapées qui éprouvent également des problèmes de santé mentale.
- › Collaboration avec Services aux sourds et malentendants du Nouveau-Brunswick Inc. pour soutenir un projet visant à fournir des soins directs aux personnes qui sont accessibles sur le plan linguistique et culturel (y compris la prestation de traitements dans le cadre de programmes de soins infirmiers, deux thérapeutes à temps partiel et un psychiatre superviseur à temps partiel).
- › Élaboration d'une formation sur les soins tenant compte des traumatismes à l'intention de l'ensemble du personnel du service des urgences afin de mieux répondre aux crises de santé mentale et d'apporter une réponse tenant compte des traumatismes.
- › Transition de la réponse à la crise pour la pandémie de COVID-19 et lancement de COVIDWATCH (Surveillance des maladies respiratoires et de la COVID).
- › En septembre 2022, le Ministère a élargi les services de navigation pour les professionnels de santé formés à l'étranger, sur le modèle du service de navigation pour les infirmières formées à l'étranger, qui a été couronné de succès.
- › En février 2023, le Ministère a mené avec succès une mission de recrutement pour les soins de longue durée aux Philippines, où huit maisons de soins infirmiers ont recruté plus de 200 travailleurs en tant qu'aides-soignants et infirmiers résidents.
- › En mars 2023, un nouveau site Web de recrutement dans le domaine de la santé a été lancé afin d'améliorer la proposition de valeur intéressante du Nouveau-Brunswick en tant qu'endroit où les travailleurs de la santé et leurs familles peuvent venir, travailler et vivre. Parallèlement, une campagne de marketing a été lancée pour attirer des visiteurs sur le site Web et augmenter la part de marché nationale du Nouveau-Brunswick en tant que destination de choix pour les travailleurs de la santé et leurs familles.

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 régit l'administration des hôpitaux, et la *Loi sur les services hospitaliers*, qui régit le financement des hôpitaux. La *Loi sur les régies régionales de la santé* prévoit la prestation et l'administration des services de santé au sein de régions géographiques définies de la province.

Le Ministère distribue principalement les fonds disponibles aux 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

	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
1. Nombre en date du 31 mars	782 398	782 398	791 138	805 375	825 607

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE

ÉTABLISSEMENTS PUBLICS	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
2. Nombre	64	64	67	67	67
3. Paiements pour des services de santé assurés (\$)	1 933 194 385	1 942 617 634	1 963 401 676	2 077 957 401	2 404 681 731
	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
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

	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
6. Nombre total de demandes, patients hospitalisés	4 517	4 506	2 514	2 666	3 270
7. Total des paiements patients hospitalisés (\$)	47 646 790	48 739 305	33 127 169	40 120 459	55 393 984
8. Nombre total de demandes, patients externes	50 858	51 004	36 183	40 591	44 751
9. Total des paiements, patients externes (\$)	21 711 066	22 677 309	14 621 209	15 762 984	19 659 704

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA²

PRÉ-APPROUVÉS	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
10. Nombre total de demandes, patients hospitalisés	5	4	10	10	3
11. Total des paiements, patients hospitalisés (\$)	12 555	273 499	26 474	32 061	11 447
12. Nombre total de demandes, patients externes	16	78	12	7	5
13. Total des paiements, patients externes (\$)	37 319	1 126 040	2 027	1 444	223
NON PRÉ-APPROUVÉS	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
14. Nombre total de demandes, patients hospitalisés	101	74	12	11	35
15. Total des paiements patients hospitalisés non pré-approuvés (\$)	68 869	535 056	3 652	23 341	127 396
16. Nombre total de demandes, patients externes non pré-approuvés	624	524	88	110	295
17. Total des paiements, patients externes non pré-approuvés (\$)	245 165	972 707	160 991	174 347	304 366

¹ Aucun établissement privé à but lucratif offrant des services de santé assurés n'est exploité au Nouveau-Brunswick.

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.

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE

	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
18. Nombre de médecins participants ³	1 734	1 748	1 771	1 820	1 858
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	637 821 346	631 179 766	627 284 780	689 788 846	695 816 914
22. Total des paiements des services médicaux rémunérés à l'acte (\$)	393 236 955	405 341 277	399 494 993	412 058 093	418 466 815

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

	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
23. Nombre de services	218 578	212 579	159 625	189 582	214 440
24. Total des paiements (\$)	22 167 200	21 681 383	15 258 372	18 497 994	21 823 896

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA⁵

PRÉ-APPROUVÉS	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
25. Nombre de services	547	622	23	37	17
26. Total des paiements (\$)	25 142	103 403	6 233	18 650	4 972
NON PRÉ-APPROUVÉS	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
27. Nombre de services	2 955	1 933	606	643	1 354
28. Total des paiements (\$)	296 008	175 131	63 610	80 770	110 556

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.

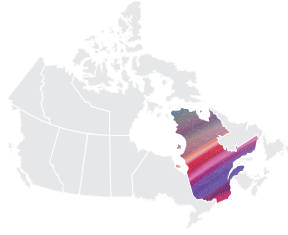
⁵ Santé Canada a demandé que cette information soit ventilée en données préapprouvées et non préapprouvées à partir du rapport de 2018–2019, mais n'a pas exigé des provinces ou des territoires qu'ils fassent rapport sur les années précédentes.

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

	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
29. Nombre de dentistes participants ⁶	10	11	11	12	11
30. Nombre de dentistes ayant opté pour le retrait du régime d'assurance-santé	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o
31. Nombre de dentistes non participants	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o
32. Nombre de services fournis	1 601	1 747	1 799	1 454	1 211
33. Total des paiements (\$)	314 903	331 722	357 961	298 050	358 895

⁶ Nombre de dentistes et de spécialistes en chirurgie buccale et maxilo-faciale (CBMF) participant au régime des services médicaux du Nouveau-Brunswick à 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 CBMF sont inscrits. Seulement quelques services dentaires d'urgence effectués dans des hôpitaux sont couverts par le régime d'assurance-maladie.

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 (MSSS).

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

Par la saine gestion du régime d'assurance maladie et du régime public d'assurance médicaments ainsi que des programmes d'aide destinés aux citoyens, la Régie collabore à l'accès aux soins de santé. Elle rémunère également les professionnels de la santé afin que la population québécoise bénéficie des soins dont elle a besoin.

1.2 Liens hiérarchiques

La *Loi sur l'administration publique* (RLRQ, chapitre A-6.01, ci-après « LAP ») affirme la priorité accordée par l'Administration gouvernementale à la qualité des services aux citoyens dans l'élaboration et l'application des règles de l'administration publique. Elle reconnaît le rôle des parlementaires à l'égard de l'action gouvernementale et leur contribution à l'amélioration des services aux citoyens tout en favorisant l'imputabilité de l'Administration gouvernementale devant l'Assemblée nationale. Ainsi, la LAP instaure un cadre de gestion axée sur les résultats et la transparence.

Pour assurer la mise en œuvre de ce cadre de gestion, la LAP prévoit un certain nombre d'obligations qui doivent être respectées par les ministères et les organismes dont la production d'une déclaration de services aux citoyens, si des services directs aux citoyens sont offerts, d'un plan stratégique pluriannuel, d'un rapport annuel de gestion et, dans le cas des ministères, d'un plan annuel de gestion des dépenses.

L'article 24 de la LAP prévoit qu'un ministère ou organisme, y compris le MSSS et la Régie, doit préparer un rapport annuel de gestion. Ce rapport doit notamment comprendre une présentation des résultats obtenus par rapport aux objectifs prévus par le plan stratégique et une déclaration du sous-ministre ou du dirigeant d'organisme attestant la fiabilité des données contenues au rapport et des contrôles afférents et tout autre élément ou renseignement déterminé par le Conseil du trésor ou inclut dans ses lois.

En ce qui concerne la Régie, le rapport annuel de gestion comprend une section particulière quant aux résultats des diverses mesures de contrôle en place (inspections, enquêtes et sommes récupérées) de même que le Rapport d'activité sur le régime général d'assurance médicaments.

Conformément à l'article 26 de la LAP, chaque ministre dépose à l'Assemblée nationale le rapport annuel de gestion de son ministère ainsi que celui des organismes et des unités administratives relevant de sa responsabilité dans les 4 mois de la fin de leur année financière ou, si l'Assemblée nationale ne siège pas, dans les 15 jours de la reprise des travaux.

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 du Québec.

Les livres et les comptes de la Régie sont vérifiés chaque année par le Vérificateur général du Québec. Ils sont aussi vérifiés chaque fois que le décrète le gouvernement. Ces rapports doivent accompagner le rapport annuel de gestion de la Régie.



2.0 INTÉGRALITÉ²

2.1 Services hospitaliers assurés

Les services assurés aux personnes hospitalisées prévus par le *Règlement d'application de la Loi sur l'assurance-hospitalisation* (RLRQ, chapitre A-28) comprennent :

- › l'hébergement dans une salle 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;
- › procréation médicalement assistée.

² <https://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/assurance-maladie/services-medicaux>

Les services de consultation externe prévus par le *Règlement d'application de la Loi sur l'assurance-hospitalisation* 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.

Le MSSS 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.

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, sauf ceux qui sont exclus par règlement.

La Régie assume le coût également :

- › des services optométriques pour les personnes de moins de 18 ans, 65 ans et plus et pour les prestataires d'une aide financière avec carnet de réclamation depuis au moins 12 mois consécutifs;
- › des services dentaires pour les enfants de moins de 10 ans et pour les prestataires d'une aide financière avec carnet de réclamation depuis au moins 12 mois consécutifs;
- › des prothèses dentaires en acrylique pour les prestataires d'une aide financière avec carnet de réclamation depuis au moins 24 mois consécutifs et qui détiennent une autorisation préalable émise par le ministre de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MESS).

La Régie couvre aussi, pour les personnes assurées au sens de la *Loi sur l'assurance maladie* (RLRQ, c. A-29, ci-après la « LAM ») remplissant les critères d'admissibilité propres à chaque programme :

- › les prothèses;
- › les orthèses;
- › les appareils orthopédiques, soit les aides à la verticalisation et à la marche;
- › les aides à la locomotion et à la posture;
- › les prothèses auditives et les aides de suppléance à l'audition;
- › les aides visuelles;
- › les lunettes et verres de contact.

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 bandages et les vêtements de compression pour les personnes atteintes de lymphœdème.

La couverture pour les lunettes et verres de contact s'applique exclusivement aux enfants d'âge mineur. Une aide financière fixe est accordée pour l'achat de lunettes ou verres de contact prescrit par un professionnel et visant à corriger la vision.

Peuvent également être assurés selon certains critères et seulement dans certains établissements :

- › les services de planification familiale déterminés par règlement;
- › les services d'insémination artificielle;
- › les services de procréation assistée requis à des fins de fécondation in vitro (FIV);
- › les services requis à des fins de préservation de la fertilité déterminés par règlement qui sont rendus par un médecin participant.

Par ailleurs, en matière d'assurance médicaments, depuis le 1^{er} janvier 1997, la Régie couvre, outre les prestataires d'une aide financière avec carnet de réclamation et les personnes âgées de 65 ans ou plus, les personnes assurées qui autrement n'auraient pas accès à un régime privé d'assurance médicaments. En 2022–2023, 3,9 millions de personnes étaient couvertes par le régime public d'assurance médicaments.

La Régie couvre également certains services offerts en pharmacie remboursés par la *Loi sur l'assurance maladie* tels que la vaccination, les autotests COVID et certaines consultations (conditions mineures, sans diagnostics).

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 MSSS;
- › 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;
- › 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 tomодensitométrie, l'imagerie par résonance magnétique et l'usage des radionucléides in vivo chez l'humain, à moins que ces services ne soient rendus dans un centre hospitalier;
- › l'ultrasonographie, à moins que ce service ne soit rendu, soit dans un centre hospitalier ou par un radiologiste ou encore, à des fins obstétricales, dans un centre local de services communautaires reconnu à cet effet;
- › la tomographie par cohérence 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 oculaires;
- › 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 si le service de radiologie est requis par une personne autre qu'un médecin, une infirmière spécialisée, un physiothérapeute ou un dentiste;
- › tout service de chirurgie transsexuelle, à moins qu'il ne soit rendu sur recommandation d'un médecin spécialiste en psychiatrie et dans un centre hospitalier reconnu à cet effet;
- › tout service qui n'est pas associé à une pathologie et qui est rendu par un médecin à un bénéficiaire ayant entre 18 et 65 ans, à moins que ce bénéficiaire ne détienne un carnet de réclamation pour un problème de daltonisme ou de réfraction, dans le but d'obtenir ou de renouveler une ordonnance pour des lunettes ou des lentilles cornéennes.



3.0 UNIVERSALITÉ

3.1 Admissibilité

L'inscription à l'assurance-hospitalisation n'est pas nécessaire; il suffit d'être inscrit à la Régie pour établir l'admissibilité de la personne. Toute personne qui réside ou qui séjourne au Québec au sens de la LAM doit être inscrite à la Régie 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 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.

Aucune modification pertinente relative à l'admissibilité n'a été apportée en 2022–2023.

3.2 Certaines 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 avec carnet de réclamation 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 et du ministère de l'Enseignement supérieur, 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.

3.3 Couverture des enfants à statut migratoire précaire

Le 22 septembre 2021 est entrée en vigueur la *Loi concernant principalement l'admissibilité au régime d'assurance maladie et au régime général d'assurance médicaments de certains enfants dont les parents ont un statut migratoire précaire*. Cette loi vient élargir la couverture d'assurance maladie et médicaments aux enfants nés de parents au statut migratoire précaire, non admissibles jusqu'ici et habituellement présents sur le territoire québécois. Ainsi ces enfants pourront être admissibles à une couverture qu'ils soient nés au Québec ou non si leur présence pour plus de six mois sur le territoire est démontré.



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 non rémunérés peuvent conserver leur statut de résident du Québec :

- › Pour les étudiants, pendant au plus quatre années civiles consécutives;
- › Pour les stagiaires, 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 ou du gouvernement du Québec et en service hors du Québec, ou qui exécutent un contrat à titre de travailleurs autonomes alors que leur établissement d'entreprise est situé au Québec, maintiennent également leur statut de résident de la province. Il en va de même pour les personnes qui séjournent à l'extérieur 183 jours ou plus sans excéder 12 mois au cours d'une même année civile, à condition que cette absence n'ait lieu qu'une fois tous les sept ans.

Les personnes qui travaillent à l'étranger à titre d'employés d'un organisme sans but lucratif ayant son siège social au Canada, dans le cadre d'un programme d'aide et de coopération internationale reconnu par le MSSS, ou les personnes qui séjournent à l'étranger dans le cadre d'une entente de réciprocité conclue par le MSSS, maintiennent leur admissibilité.

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.

Toutefois, une personne assurée qui quitte le Québec pour s'établir en permanence dans un autre pays cesse d'être admissible à l'assurance maladie et médicaments dès le jour de son départ.

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 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, convenue 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, inscrits dans un établissement d'enseignement hors du Canada, pour les stagiaires à temps complet non rémunérés dans un établissement universitaire, une institution affiliée à une université, un institut de recherche ou un organisme gouvernemental ou international, pour les fonctionnaires québécois en poste à l'étranger et pour les employés d'un organisme sans but lucratif ayant un siège social au

Canada qui œuvre dans le cadre d'un programme d'aide ou de coopération internationale reconnu par le MSSS, la totalité des frais liés aux services hospitaliers reçus en cas d'urgence et, dans les autres cas, 75 pour cent 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 et 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 MSSS 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 dollars canadiens 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 dollars canadiens par jour pour les soins dispensés sur une base externe. Toutefois, les traitements d'hémodialyse sont payés jusqu'à concurrence de 220 dollars canadiens 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 sont assurés mais qui ne sont pas disponibles au Québec, 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, attester de la non-disponibilité de ceux-ci au Québec ou au Canada et 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.

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 LAM 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 assurée pour des frais accessoires engagés aux fins de la dispensation d'un service assuré, sauf dans des cas prévus par règlement et aux conditions qui y sont mentionnées. Si une personne assurée 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 facturées. 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 fait 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 auprès des cliniques ou professionnels visés. Les résidents qui ont des raisons de croire qu'ils font l'objet de frais imposés aux patients peuvent contacter [la Régie](#).

De façon plus détaillée, au 31 mars 2023, le réseau de la santé et des services sociaux se compose de 135 établissements : 51 sont publics et 84 privés. Ces établissements gèrent 1 533 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 dont la dénomination sociale est centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) ou centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS), 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 » 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 avec 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 2023, le Québec comptait 41 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 21 146 lits au permis pour la mission CH, soit 19 997 lits de soins généraux et spécialisés (CHSGS) et 1 149 lits de soins psychiatriques (CHPSY). Selon les données les plus récentes disponibles, dans les établissements hospitaliers du Québec, il y a eu :
 - i. Entre le 1^{er} avril 2022 et le 31 mars 2023, 754 112 admissions pour les séjours de courte durée et 354 970 inscriptions en chirurgies d'un jour. Ces admissions ont représenté 6 457 274 jours d'hospitalisation.

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. Le Programme GMF offre un soutien financier et professionnel mieux adapté aux réalités des cliniciens et aux besoins des patients, en assurant un financement équitable et axé sur le patient, un soutien professionnel (personnel infirmier, travailleurs sociaux, 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 structure élémentaire des GMF impose d'assurer aux patients inscrits un accès raisonnable en temps opportun, comme en témoigne l'utilisation d'une mesure d'assiduité des patients vis-à-vis le GMF auprès duquel ils sont inscrits. De plus, des mesures ont récemment été ajoutées au Programme afin d'engager les GMF dans une offre de services territoriale pour les patients qui sont en attente d'un médecin de famille.

Au 31 mars 2023, le Québec comptait près de 379 GMF reconnus sur son territoire. À la même date, on dénombrait une cinquantaine de GMF-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 LAM 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 (article 29 du *Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie* (RLRQ, chapitre A-29, r. 5), ci-après le « RALAM »).

Différents modes de rémunération existent :

- › **Rémunération à l'acte** : Rémunération selon le tarif des actes déterminés aux ententes de rémunération pour chaque spécialité ou secteurs d'activités en ce qui concerne les médecins omnipraticiens. Si l'acte est dispensé en cabinet, le tarif est majoré d'environ 30 pour cent pour compenser les frais de cabinet.
- › **Rémunération mixte** : La rémunération mixte comprend le tarif pour la demi-journée ou la rémunération journalière ainsi que les suppléments d'honoraires. Pour les médecins omnipraticiens la rémunération mixte comprend un forfait sur une base horaire auquel s'ajoute un pourcentage des actes réalisés. Cette rémunération couvre la dispensation de l'ensemble des activités professionnelles du médecin.
- › **Honoraires fixes**: 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. Ce mode de rémunération n'est plus accessible aux nouveaux médecins depuis 2011.
- › **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.
- › **Tarif horaire** : Modalité de rémunération applicable en établissement. Ce mode rémunère les activités médicales du médecin sur une période continue de 60 minutes.
- › **Suppléments (mesures incitatives)** : Par exemples, les suppléments ont pour effet de majorer la rémunération dans certaines circonstances spécifiques en raison de la complexité ou délai nécessaire pour effectuer un acte. Une rémunération forfaitaire est également prévue pour la garde en disponibilité, pour rémunérer des fonctions médico-administratives (chef d'urgence, médecin responsable d'un GMF), forfaitaire par patient à l'unité des soins intensifs etc.
- › **Mesures incitatives particulières** : Certaines mesures visent à encourager les médecins à exercer dans les territoires insuffisamment pourvus et à y rester (ex : primes d'éloignement, taux de majoration applicable rémunération de base).
- › **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 2022–2023 un montant évalué à près de 8,1 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 34,6 millions de dollars.
- › La Régie est responsable de l'application des ententes de rémunération des professionnels de la santé et du contrôle la rémunération versée aux professionnels de la santé. Elle a mis en place un cadre qui lui permet de bonifier ses contrôles, en fonction des risques identifiés, afin de s'assurer que la rémunération versée aux professionnels de la santé soit conforme aux modalités prévues aux ententes négociées. La Régie a diverses mesures de contrôles :

Mécanismes de sensibilisation

La Régie émet des avis au MSSS 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 professionnels (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.

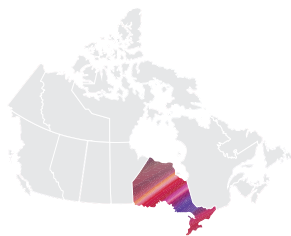
La Régie récupère les sommes versées indûment par mécanisme de compensation ou par recouvrement.

La Régie dispose d'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 MSSS s'effectue par l'entremise de paiements en rapport avec le coût des services assurés fournis.

ONTARIO



L'Ontario possède l'un des systèmes de soins de santé publics parmi les plus vastes et les plus complexes au monde. Administré par le ministère de la Santé de la province (MSO), le système de soins de santé de l'Ontario a été soutenu par des dépenses de 78,49 milliards de dollars au cours de l'exercice 2022–2023³.



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 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 praticiens de soins de santé prescrits.

Le MSO finance des services de santé publique par le biais de programmes tels que l'assurance maladie, médicaments, appareils et accessoires fonctionnels, services psychiatriques médicolégaux et logement avec services d'appui, soins à domicile, santé communautaire et publique, ainsi que promotion de la santé et prévention des maladies. Il régleme également les hôpitaux, les laboratoires médicaux et les centres de prélèvement, et coordonne les services de soins d'urgence.

Avec la baisse des taux de COVID-19 et la levée des restrictions de santé publique, la province a réduit ses mesures d'intervention liées à la pandémie afin de s'assurer que ses ressources sont dirigées là où elles sont le plus nécessaires, comme la reprise de la planification de la prochaine étape du transfert à Santé Ontario (SO) et des travaux de transition qui l'accompagne.

Les changements s'étaleront sur plusieurs années. Ils continueront de se dérouler en phases soigneusement planifiées afin de garantir que les soins aux patients ne soient pas interrompus.

³ Ce chiffre comprend les activités des ministères de la Santé et des Soins de Longue durée. 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 est donc désigné sous le nom de ministère de la Santé dans le présent rapport.

1.2 Liens hiérarchiques

En vertu de l'article 2 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*.

Chaque année, le MSO rend compte de ses plans et de ses résultats dans un Plan publié et rapport annuel. Les Plans publiés et rapports annuels du MSO sont déposés à l'Assemblée législative et diffusés sur le [site Web](#) du MSO.

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 30 novembre 2022.

Les comptes du MSO sont publiés annuellement dans les Comptes publics de l'Ontario. Les Comptes publics de l'Ontario de 2021–2022 ont été publiés le 27 septembre 2023.

Le rapport annuel 2022 du vérificateur général de l'Ontario a été publié le 30 novembre 2022. Les sections suivantes font spécifiquement référence au fonctionnement du RASO⁴ :

- › Audit de l'optimisation des ressources : Programme de vaccination contre la COVID-19⁵;
- › Audit de l'optimisation des ressources : Contrats et approvisionnement liés à la COVID-19⁶;
- › Audit de l'optimisation des ressources : Soins virtuels : Utilisation des technologies de communication pour les soins aux patients (Suivi de l'audit de l'optimisation des ressources de 2020, chapitre 1)⁷;
- › État des recommandations d'audit de 2015 à 2020 (2016, section 3.11) : Services de santé interprovinciaux et internationaux⁸.

⁴ <https://www.auditor.on.ca/fr/content-fr/annualreports/arbyyear/ar2022-fr.html>

⁵ https://www.auditor.on.ca/fr/content-fr/annualreports/arreports/fr22/AR_COVIDVaccination_fr22.pdf

⁶ https://www.auditor.on.ca/fr/content-fr/annualreports/arreports/fr22/AR_COVIDContracts_fr22.pdf

⁷ https://www.auditor.on.ca/fr/content-fr/annualreports/arreports/fr22/1-08virtualcare_fr22.pdf

⁸ https://www.auditor.on.ca/fr/content-fr/annualreports/arreports/fr22/4-00FUContinuous_fr22.pdf



2.0 INTÉGRALITÉ

2.1 Services hospitaliers assurés

Les articles 7 et 8 du *Règlement 552* pris en vertu de *Loi sur l'assurance-santé* (LAS) régissent les services hospitaliers assurés aux patients hospitalisés et aux patients externes en Ontario.

Conformément aux dispositions de la *Loi canadienne sur la santé*, le RASO assure tous les services hospitaliers médicalement nécessaires. Les services hospitaliers sont tous les services médicalement nécessaires devant être rendus dans un hôpital. Ces services sont décrits comme suit dans le *Règlement* :

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 certains équipements fournis aux patients hémophiles pour usage à la maison;
- › certains médicaments précis administrés à la maison.

Chaque service hospitalier distinct n'est pas mentionné expressément dans le *Règlement 552*. Le *Règlement* énumère plutôt les grandes catégories de services indiquées cidessus afin que les découvertes médicales et technologiques soient automatiquement incluses une fois qu'elles sont reconnues dans la pratique.

Conformément à l'entente sur les droits de représentation, la négociation paritaire et la résolution des différends conclue en 2012 avec l'Association des médecins de l'Ontario (AMO), le ministère de la Santé reconnaît que l'AMO est le représentant exclusif des médecins qui pratiquent la médecine en Ontario. En vertu de cette entente et du cadre d'arbitrage exécutoire de 2017, le ministère de la Santé et l'AMO sont tenus de négocier tout changement touchant la rémunération des médecins en Ontario, y compris tout changement apporté aux services médicaux assurés offerts dans les hôpitaux qui figurent sur le barème des prestations pour les services médicaux.

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 touchant la prestation de services hospitaliers assurés au cours de l'exercice 2022–2023.

2.2 Services médicaux assurés

Le *Règlement 552* pris en vertu de la LAS régit les services médicaux assurés. 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;
- › figure sur le barème des prestations pour les services médicaux;
- › est fourni dans les circonstances ou conditions précisées dans le barème des prestations pour les services médicaux.

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 centres de services de santé communautaires intégrés autorisés et les foyers de soins de longue durée. Les médecins assurent aussi la prestation de certains services assurés de façon virtuelle, s'il y a lieu.

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.

Les médecins doivent être autorisés à pratiquer la médecine en Ontario par l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario et le patient et le médecin doivent tous deux se trouver physiquement en Ontario au moment de la prestation pour que les services fournis par un médecin de l'Ontario soient couverts par le RASO.

En 2022–2023, la plupart des médecins ont été remboursés par le RASO pour 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 pour les services médicaux (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 35 340 médecins ont soumis des réclamations au RASO en 2022–2023. 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. L'Ontario compte 12 médecins ayant opté pour le retrait 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. Comme expliqué cidessus, les changements au barème des prestations pour les services médicaux doivent être négociés avec l'AMO.

En 2021–2022, les initiatives temporaires concernant la rémunération des médecins lancées précédemment afin de tenir compte de la prestation des services des médecins pendant la pandémie de COVID-19 ont été prolongées, notamment au moyen de modifications réglementaires. Ce processus prévoyait la consultation de l'AMO et la négociation de paiements avec celle-ci. La plupart de ces initiatives temporaires concernant la rémunération des médecins ont pris fin en 2022–2023. Certaines initiatives ont été prolongées temporairement jusqu'en 2023–2024. Le Ministère a mené des consultations et des négociations avec l'AMO au sujet de la date de fin et de la prolongation de toutes ces initiatives temporaires.

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 les actes 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 maxillofaciale 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 MSO.

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

Le Cabinet approuve les changements réglementaires, et, habituellement, un processus de consultation publique est mis en place par l'intermédiaire du Registre de la réglementation de l'Ontario.

En Ontario, pour l'exercice 2022–2023, 905 dentistes possédaient un numéro de facturation actif, 249 dentistes avaient facturé le RASO et 638 dentistes possédaient un numéro actif sans avoir facturé le RASO. En vertu de la LEAAS 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 à un lit ou à deux lits, à moins qu'aucune salle commune ne soit disponible ou si elles sont prescrites par un médecin, un chirurgien buccal et maxillofacial ou une sagefemme 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;
- › les services qui ne sont pas médicalement nécessaires.

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 figurent pas sur le barème des prestations pour les services médicaux;
- › les « ajouts » aux services assurés qui sont considérés comme des améliorations non médicalement nécessaires et facultatives d'un service assuré de base (p. ex. des lentilles de qualité supérieure ou tests spécialisés pour la chirurgie de la cataracte, des moulages en fibre de verre);
- › les services qui correspondent aux termes de l'article 24 du *Règlement 552*. Par exemple, et à quelques exceptions près, 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), peut ne pas être assuré. Les traitements qui sont généralement reconnus en Ontario comme étant expérimentaux ne sont pas assurés non plus.

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 (p. ex. des lentilles de qualité supérieure ou tests spécialisés 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 privés de dentiste ne sont pas assurés et les frais s’y rattachant doivent être assumés par les patients ou par leur assureur privé, le cas échéant. C’est également le cas des services dentaires qui ne figurent pas dans le barème des prestations pour les services dentaires. Pour des renseignements plus détaillés sur la LEAAAS, veuillez consulter la section 5.1.

Afin d’assurer le respect des dispositions de la *Loi canadienne sur la santé* visant l’interdiction de la surfacturation et de frais modérateurs pour les services de santé assurés, la *Loi sur l’engagement d’assurer l’avenir de l’assurance-santé* (LEAAAS) de l’Ontario confère le pouvoir d’examiner les allégations de surfacturation et de frais d’utilisation et de prendre des mesures à cet égard. Plus précisément, en ce qui concerne la surfacturation et les frais modérateurs, 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, des honoraires ou un autre avantage en sus du montant payé aux termes du RASO (sous réserve de quelques exceptions mentionnées). Ces frais imposés aux patients sont des « paiements non autorisés » communément appelés 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 cidessus ou mentionnés dans les règlements.

Pour des renseignements plus détaillés sur la LEAAAS, veuillez consulter la section 5.1.

En vertu de la *Loi de 2023 sur les centres de services de santé communautaires intégrés* (LCSSCI), qui a abrogé et remplacé la *Loi sur les établissements de santé autonomes* (LESA) le 25 septembre 2023, le MSO assure le financement des frais d’établissement pour les services ou les frais généraux qui soutiennent la prestation de services assurés dans des établissements de santé non hospitaliers, y contribuent ou en constituent un complément nécessaire lorsque ces frais ne sont pas inclus dans le cadre du service assuré. En vertu de cette Loi, seulement le ministre de la Santé ou Santé Ontario peuvent rembourser des frais d’établissement à un centre de services de santé communautaires autonome agréé. En outre, les frais d’établissement imposés à un patient ou tout justificatif de paiement demandé de quelque autre façon que ce soit constituent des frais d’établissement illégaux.

Le MSO examine toutes les infractions possibles à la LEAAS et à la LCSSCI 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, l'Ombudsman des patients de l'Ontario, les médias, la publicité, les fournisseurs de soins de santé et leur personnel, et les députés provinciaux. Dans certains cas, le MSO peut examiner des infractions possibles à la LEAAS et à la LCSSCI de manière préventive (c.-à-d. sans avoir reçu de plainte associée à un patient en particulier). 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 LEAAS et de la LCSSCI.

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 frais imposés pour des services non assurés, ou pour des 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 des directives de l'OMCO, 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 RASO, sur demande à cet effet. Pour être considéré comme résident de l'Ontario, une personne doit, en vertu du *Règlement 552* de la LAS, à quelques exceptions près, qui se trouvent mentionnées dans le règlement :

- › détenir la citoyenneté canadienne ou un statut d'immigrant, conformément au *Règlement 552*;
- › avoir son lieu de résidence principal en Ontario.

En vertu du *Règlement 552*, pour continuer d'être considéré comme résident, la personne doit :

- › être physiquement présente en Ontario pendant au moins 153 jours au cours des 183 premiers jours suivant la date à laquelle elle est devenue résidente, à moins d'être déménagé directement en Ontario d'une autre province ou d'un autre territoire du Canada où elle était assurée ou si elle répond à toute autre exception;
- › être physiquement présente en Ontario pendant au moins 153 jours au cours d'une période de 12 mois, sous réserve de certaines exceptions;
- › conserver son lieu de résidence principal en Ontario;
- › détenir un statut d'immigrant admissible.

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. Ces services comprennent ceux 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 non plus des services assurés par le RASO.

Lorsqu'il est établi qu'une personne n'est pas résidente et 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 MSO en s'adressant par écrit au Comité d'examen de l'admissibilité à l'assurance-santé (CEAAS). Toute personne qui n'est pas satisfaite de la décision du CEAAS 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. Comme indiqué cidessous, la période d'attente avant le début de la couverture a été supprimée en réponse à la pandémie.

La demande d'adhésion à la couverture du RASO 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 2023, il y avait 14 946 151 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.

En date du 19 mars 2020, la province avait éliminé la période d'attente de trois mois avant le début de la couverture du RASO.

Demandeurs du statut de résident permanent : Personnes qui ont présenté une demande de statut de résident permanent à Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada (IRCC) 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 seulement) 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 qu'il a conclu une entente officielle de travail à temps plein avec un employeur en Ontario et travaille dans le cadre de cette entente. 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 au sein de l'entreprise, et préciser que la personne travaillera pour l'employeur pendant une période minimale de six mois consécutifs.

Un travailleur étranger est admissible à la couverture du RASO s'il a reçu, au titre de la *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés*, un permis de travail ou tout autre document qui lui permet de travailler au Canada à titre de travailleur autonome, à la condition que le travail autonome soit à temps plein et qu'il durera au moins six mois consécutifs.

Le conjoint ou une personne à charge (de moins de 22 ans, ou de 22 ans ou plus s'il s'agit d'une personne 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, à condition que le conjoint ou la personne à charge soit légalement autorisé à rester au Canada.

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 né d'un parent admissible au RASO ayant été transféré de l'Ontario pour recevoir des services de santé assurés dont le paiement a été préalablement approuvé est immédiatement admissible au RASO, pourvu que le parent 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 saisonniers n'ont à satisfaire à aucune autre exigence concernant la résidence et ont immédiatement droit à la couverture du RASO.

Détenteurs d'autorisations d'urgence : Il s'agit de personnes en Ontario qui ont obtenu une autorisation d'urgence afin d'entrer et de demeurer au Canada pour des motifs humanitaires pendant la durée de cette autorisation ou d'autorisations subséquentes délivrées pour les mêmes motifs.

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

Avant le 19 mars 2020, conformément à l'article 5 du *Règlement 552* en vertu de la *Loi sur l'assurance-santé* (LAS), les personnes qui déménageaient en Ontario étaient normalement admissibles à la couverture du RASO trois mois après l'établissement de leur résidence dans la province, à moins que les exceptions prévues à l'article 6, 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 était applicable avait lieu lorsque la personne présentait sa demande d'inscription au RASO. Les personnes exemptées de la période d'attente de trois mois comprenaient 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 déménageaient de façon permanente en Ontario en provenance d'une autre province ou d'un territoire du Canada où elles sont assurées étaient 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 »).

Dans le cadre de la lutte contre la pandémie de COVID-19, le *Règlement 552* pris en vertu de la LAS a été modifié afin d'éliminer la période d'attente avant l'obtention de la couverture du RASO pour tous les résidents de l'Ontario, qu'ils soient nouveaux ou de retour dans la province. Cette modification est entrée en vigueur le 19 mars 2020. Actuellement, il n'existe aucune période d'attente pour l'obtention de la couverture du RASO.

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. En vertu de 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.

En vertu de l'article 1.8 du *Règlement 552*, et conformément à l'AAT, les Ontariens assurés temporairement absents de l'Ontario qui demeurent au Canada pour étudier à temps plein dans une autre province ou un autre territoire du Canada sont 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 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 2022–2023, 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.

Les médecins et les hôpitaux ne sont pas des parties aux ententes de facturation réciproque destinée aux hôpitaux et aux ententes de facturation réciproque des services médicaux assurés, et ces fournisseurs dans les autres provinces et territoires peuvent facturer directement les services rendus aux résidents de l'Ontario. Les résidents de l'Ontario pour lesquels des services ont été facturés directement peuvent soumettre des demandes de remboursement au RASO.

À l'extérieur de la province (au Canada)

Le financement des services de laboratoire autorisés offerts 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, comme la réduction mammaire et la panniculotomie) 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, pourvu 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 au *Règlement 552* 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
Travail	Cinq périodes de 12 mois (les exigences particulières de résidence doivent être remplies pendant deux ans entre chaque absence)
Bénévolat	Cinq périodes de 12 mois (les exigences particulières de résidence doivent être remplies pendant deux ans entre chaque absence)
Travailleur caritatif	Cinq périodes de cinq mois (les exigences particulières de résidence doivent être remplies pendant deux ans entre chaque absence)
Vacances ou autres	Deux périodes de 12 mois (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 *Règlement 552* en vertu de la LAS établit les critères d'admissibilité et les pouvoirs en matière de paiements pour la couverture des coûts des soins de santé d'urgence engagés par les Ontariens admissibles qui s'absentent temporairement du Canada, par exemple pour voyager, travailler ou étudier.

Les dispositions au titre de ce programme prévoient un remboursement à des tarifs minimes pour un service médical nécessaire pour traiter une maladie, une affection ou une blessure 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 \$ CAD 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 \$ CAD par jour ou le montant facturé – selon le montant le moins élevé;
- › 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 pour un traitement médical aux résidents de l'Ontario admissibles à l'assurance-santé s'ils encourent des coûts liés à une maladie, une affection ou une blessure inattendue survenue à l'étranger qui nécessite un traitement immédiat. Le programme ne finance pas le traitement 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.

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.

Il importe de préciser que les services médicaux fournis à l'extérieur de la province ou à l'étranger sont régis par deux programmes distincts :

- › Le premier programme concerne les services médicaux dans les cas où la personne assurée doit voyager pour recevoir des services d'un hôpital ou d'un médecin.
- › Le deuxième programme concerne les services de laboratoire, y compris les services d'analyse génétique qui n'impliquent pas de voyage pour la personne assurée. Les échantillons prélevés en Ontario sont plutôt expédiés à un laboratoire à l'extérieur de la province ou à l'étranger.

Conformément aux exigences du *Règlement 552* de la LAS, les services médicaux demandés à l'étranger sont admissibles au remboursement en tant que services assurés uniquement 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 des circonstances médicales identiques à celles de la personne assurée;
- › sont médicalement nécessaires et :
 - › ne sont pas offerts en Ontario au moyen d'une intervention identique ou équivalente;
 - › ou si l'intervention identique ou équivalente est offerte en Ontario, il est médicalement nécessaire que la personne assurée se rende à l'étranger afin d'éviter des délais pouvant entraîner la mort ou des lésions tissulaires irréversibles importantes sur le plan médical;
 - › ou 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.

Selon la nature du service demandé, d'autres dispositions de l'article 28.4 du *Règlement 552* peuvent s'appliquer.

Les exigences liées au paiement des services de laboratoire effectués à l'étranger sont décrites 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 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 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.

La LEAAAS comprend des dispositions relatives aux infractions provinciales prévoyant que les particuliers et les entreprises qui enfreignent la Loi sont passibles d'amendes décrites dans la Loi.

Le 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 la validité à un moment donné 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 de neurochirurgie. 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 de neurochirurgie;
- › 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 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 2022–2023, 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. Le nombre de médecins disponibles en Ontario est stable ces dernières années en raison de l'élargissement antérieur des écoles de médecine. Néanmoins, la planification continue de l'Ontario concernant les médecins, qui est fondée sur des données probantes, a récemment fait ressortir le besoin d'adapter les inscriptions dans les facultés de médecine afin d'assurer la stabilité actuelle et future. À cette fin, l'Ontario a élargi la formation médicale dans la province en ajoutant 260 places pour des étudiants du premier cycle et 449 postes de niveau postdoctoral pour les cinq prochaines années. Soixante pour cent de ces postes seront affectés à la formation en médecine familiale.

En plus des médecins, l'Ontario s'appuiera sur les investissements antérieurs pour élargir la formation en soins infirmiers en ajoutant 1 000 places de formation d'infirmières et infirmiers autorisés et 500 places de formation d'infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés dans les universités et les collèges publics à partir de 2023–2024. L'Ontario ajoute également 150 places de formation d'infirmières et infirmiers praticiens à partir de 2023–2024.

L'Ontario continue également de travailler à favoriser le maintien en poste et la répartition des médecins dans la province grâce à diverses 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 SO 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, le Programme de subventions aux résidents du Nord de l'Ontario pour frais de transport à des fins médicales, la Subvention ontarienne Apprendre et rester, et le Programme d'engagement communautaire pour les infirmières/infirmiers.

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, 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.

Subvention ontarienne Apprendre et rester : Au printemps 2023, l'Ontario a lancé la nouvelle Subvention ontarienne Apprendre et rester, qui est offerte à jusqu'à 2 500 étudiants postsecondaires admissibles inscrits dans des programmes prioritaires, comme les soins infirmiers, et qui travaillent dans des collectivités mal desservies de la région où ils ont étudié après avoir obtenu leur diplôme.

Programme d'engagement communautaire pour les infirmières/infirmiers (PECI) : Le PECI offre un incitatif pouvant aller jusqu'à 25 000 \$ à un maximum de 3 000 infirmières et infirmiers en 2022–2023 et 2023–2024 qui s'engagent à travailler pendant deux ans dans un hôpital, un établissement de soins de longue durée, une agence de soins à domicile et de soins communautaires, un prestataire de soins primaires ou un prestataire de services dans le domaine de la santé mentale dans une région de l'Ontario où les besoins sont importants.

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 pour les services médicaux, un document incorporé par référence dans le *Règlement 552* 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.

Au cours de l'exercice 2022, 98,3 pour cent des médecins de soins primaires ont reçu une rémunération à l'acte du RASO, mais moins de 25 pour cent d'entre eux étaient uniquement rémunérés à l'acte. La majorité (plus de 75 pour cent) 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'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 (ESM).

Le 10 février 2022, le MSO et l'AMO ont convenu d'un protocole de règlement pour une nouvelle ESM établissant les paramètres de la rémunération des médecins pour la période du 1^{er} avril 2021 au 31 mars 2024. Ce protocole a été ratifié par les membres de l'AMO le 28 mars 2022.

5.3 Paiements aux hôpitaux

Les hôpitaux de l'Ontario sont financés à l'aide d'une combinaison de financement global, de financement en fonction du volume 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 (MCE). En outre, les hôpitaux qui reçoivent du financement dans le cadre du MCE 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 dans le cadre du MCE. 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, ce qui a entraîné l'établissement du modèle de croissance et d'efficacité (MCE). Le MCE est 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 fondées 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 taux de financement sont préétablis, et les montants en fonction des volumes 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, et des réaffectations en cours d'exercice.

Programme de financement axé sur les résultats (PFR) : Incitatifs financiers annuels ponctuels liés au rendement offerts aux hôpitaux dans le but d'améliorer les services pour tous les patients aux urgences. Grâce à ce financement, les services des urgences auront les moyens financiers d'entreprendre des initiatives adaptées aux besoins de leur établissement qui accroîtront leur capacité de rester ouverts et de continuer de fournir rapidement des soins d'urgence aux collectivités qu'ils desservent.



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 2022–2023.

PERSONNES INSCRITES

	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
1. Nombre en date du 31 mars ¹	14 231 376	14 295 514	14 525 378	14 646 581	14 946 151

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE

ÉTABLISSEMENTS PUBLICS	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
2. Nombre ²	141	140	141	140	140
3. Paiements pour des services de santé assurés (\$) ³	18 024 589 979	18 400 652 198	24 321 059 400	23 046 801 683	22 707 926 948
ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS À BUT LUCRATIF	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
4. Nombre d'établissements privés à but lucratif offrant des services de santé assurés ⁴	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
5. Paiements aux établissements privés à but lucratif pour des services de santé assurés (\$) ⁴	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d

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

	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
6. Nombre total de demandes, patients hospitalisés	6 230	5 809	4 323	5 081	5 759
7. Total des paiements patients hospitalisés (\$)	59 696 706	54 158 972	43 726 985	55 073 029	65 605 484
8. Nombre total de demandes, patients externes	122 863	119 206	104 232	134 342	124 807
9. Total des paiements, patients externes (\$)	46 325 610	45 498 572	37 812 107	43 000 540	44 783 667

¹ Ces estimations représentent le nombre de carte 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 loi canadienne sur la santé.

³ Fonds versés aux hôpitaux publics et privés, à l'exception des hôpitaux psychiatriques spécialisés.

⁴ Au MSO, les données ne sont pas recueillies dans un seul système. De plus, le MSO 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.

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA^{5,6}

PRÉ-APPROUVÉS	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
10. Nombre total de demandes, patients hospitalisés ⁷	805	800	435	461	514
11. Total des paiements, patients hospitalisés (\$) ⁷	49 236 770	76 038 140	32 377 325	22 123 444	27 072 095
12. Nombre total de demandes, patients externes	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o
13. Total des paiements, patients externes (\$)	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o
NON PRÉ-APPROUVÉS	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
14. Nombre total de demandes, patients hospitalisés ⁷	4 343	4 419	1 248	1 547	1 799
15. Total des paiements patients hospitalisés non pré-approuvés (\$) ⁷	3 936 420	3 986 091	1 288 096	1 559 798	1 905 106
16. Nombre total de demandes, patients externes non pré-approuvés ⁷	13 693	13 891	3 453	3 571	3 279
17. Total des paiements, patients externes non pré-approuvés (\$) ⁷	1 393 745	1 385 304	270 470	192 141	183 162

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE

	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
18. Nombre de médecins participants	32 566	33 245	33 562	34 798	35 340
19. Nombre de médecins ayant opté pour le retrait du régime d'assurance-santé	17	15	14	14	12
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	13 024 319 815	13 910 893 530	13 300 206 910	14 766 370 330	15 631 036 132
22. Total des paiements des services médicaux rémunérés à l'acte (\$)	8 469 716 136	9 013 952 400	8 375 400 748	9 569 959 838	10 351 717 146

⁵ Les point no 10 et 11 comprennent les services hospitaliers et médicaux assurés fournis à l'étranger, tant pour les patients hospitalisés que les patients externes.

⁶ 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.

⁷ 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.

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 no 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 autres 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 infirmier praticien, au projet ECHO et douleur chronique, aux services de fertilité, aux équipes de santé familiales et aux laboratoires communautaires sont exclus.

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

	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
23. Nombre de services	573 828	506 698	426 823	522 370	575 212
24. Total des paiements (\$)¹⁰	30 818 175	28 626 840	23 229 219	28 108 868	32 443 283

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA¹¹

PRÉ-APPROUVÉS	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
25. Nombre de services	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o
26. Total des paiements (\$)	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o
NON PRÉ-APPROUVÉS	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
27. Nombre de services¹⁰	80 534	79 937	20 803	35 108	23 164
28. Total des paiements (\$)¹⁰	2 750 057	2 771 990	807 589	2 774 569	1 040 039

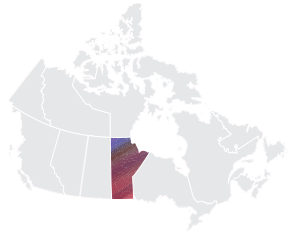
SERVICES DE CHIRURGIE DENTAIRE ASSURÉS FOURNIS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE

	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
29. Nombre de dentistes participants	280	276	256	253	249
30. Nombre de dentistes ayant opté pour le retrait du régime d'assurance-santé	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o
31. Nombre de dentistes non participants	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o
32. Nombre de services fournis	106 109	101 668	72 476	82 795	91 879
33. Total des paiements (\$)	13 131 908	12 527 790	8 337 866	9 245 799	11 089 599

¹⁰ 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.

¹¹ 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.

MANITOBA



Santé, Aînés et Soins de longue durée Manitoba (SASLDM) assure le leadership et offre l'appui nécessaires afin de protéger, favoriser et préserver la santé de tous les Manitobains. SASLDM poursuit ses efforts en vue de renforcer l'accès aux services, la prestation des soins, la capacité, l'innovation et la viabilité, ainsi que pour améliorer l'état de santé des Manitobains tout en réduisant les disparités en matière de 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 de santé par l'entremise des postes de soins infirmiers provinciaux.

En 2022–2023, un nouveau texte de loi est entré en vigueur modifiant un certain nombre de lois et visant à faciliter la transformation en cours du système de santé du Manitoba. Cette loi modifie notamment la *Loi sur les offices régionaux de la santé* qui devient la *Loi sur la gouvernance et l'obligation redditionnelle au sein du système de santé* et crée un office provincial de la santé et un office de soins contre le cancer en plus de cinq offices régionaux de la santé. Soins communs a été désigné comme l'office provincial de la santé et Action Cancer Manitoba a été désigné comme l'office des soins contre le cancer en vertu de la *Loi sur la gouvernance et l'obligation redditionnelle au sein du système de santé*. La responsabilité d'offrir des services directs par l'entremise du Centre de santé mentale de Selkirk et du Laboratoire provincial Cadham a été transférée de SASLDM à Soins communs depuis le 1^{er} juillet 2022.

SASLDM a formé le Groupe de travail sur le rétablissement des services chirurgicaux et diagnostiques (GTRSCD) afin de s'attaquer aux retards liés à la pandémie de COVID-19 en matière de chirurgie et de diagnostic. De plus, dans le cadre du financement approuvé précédemment pour régler les délais d'attente des interventions prioritaires, plus de 12 000 interventions chirurgicales et diagnostiques ont été fournies en 2022–2023 par le biais de la Demande d'arrangements en matière d'approvisionnement (DAA) du Ministère. Ces services ont été fournis aux Manitobains, par le biais d'achats de services auprès de plusieurs prestataires, malgré les vagues successives de COVID-19.



1.0 GESTION PUBLIQUE

1.1 Régime d'assurance-santé et autorité publique

Le Régime d'assurance-maladie du Manitoba (RAMM) est géré par Santé, Aînés et Soins de longue durée Manitoba (SASLDM 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, des Aînés et des Soins de longue durée (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 2022–2023 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 2021–2022 et se trouve ici (https://www.gov.mb.ca/asset_library/en/proactive/2022-2023/public-accounts-2022.fr.pdf) aux pages 137 à 139 (en anglais seulement).



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.

Aucune modification n'a été apportée aux articles 46 et 47 de la *Loi sur l'assurance-maladie* ou au *Règlement sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des hôpitaux* en 2022–2023.

En date du 31 mars 2023, 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 Soins de longue durée Manitoba (SASLDM) vérifient la conformité à cette disposition.

Aucun autre service n'a été ajouté à la liste ou au barème des services hospitaliers assurés en 2022–2023.

Durant la période 2022–2023, SASLDM n'a recueilli aucune donnée probante officielle, n'a effectué aucune enquête, ni n'a pris aucune mesure à l'égard des cliniques de diagnostic ayant été visées par une allégation relative à l'imposition de frais inadéquats aux patients pour des services qui seraient considérés comme étant assurés s'ils avaient été offerts dans un hôpital. SASLDM n'a pas apporté de modification législative ou réglementaire à cet égard et ne compte pas en apporter prochainement.

Les résidents du Manitoba ont de grandes attentes quant à la qualité des soins de santé et exigent ce qu'il y a de mieux en matière de connaissances et de 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 offrent 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 2023, il y avait 3 201 médecins inscrits au Manitoba, dont 3 058 participent au Régime d'assurance-maladie du Manitoba.

Un médecin peut, sur présentation d'un préavis écrit à SASLDM, choisir de percevoir lui-même ses honoraires, plutôt que de les recevoir du ministre, pour les soins offerts 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 2022–2023.

Le *Règlement sur les frais engagés pour des soins médicaux assurés* (R.M. 95/96) fournit la liste des soins médicaux assurés par SASLDM. La couverture s'étend à tous les services de soins personnels médicalement nécessaires offerts 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 2022–2023, 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 SASLDM.

Pour faire inscrire un service médical à la liste des services assurés par SASLDM, les médecins doivent présenter une proposition à Doctors Manitoba, qui négocie ensuite avec SASLDM, notamment les honoraires. SASLDM peut également amorcer le processus, qui peut comprendre la consultation des intervenants et du public.

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 offerts 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 18^e anniversaire, et ce, lorsque les services sont offerts par un orthodontiste autorisé.

Les prestataires de services dentaires peuvent, en remettant en tout temps au ministre un avis par écrit, décider de percevoir leurs honoraires directement auprès du patient de la même manière qu'un médecin conformément au paragraphe 91(1) de la *Loi sur l'assurance-maladie*, 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 prestataire de services dentaires n'a fait le choix de se retirer du Régime en 2022–2023.

Pour faire inscrire un service dentaire à la liste des services assurés, le dentiste doit soumettre une proposition à l'Association dentaire du Manitoba aux fins de discussions avec SASLDM, ce qui peut comprendre des consultations avec des intervenants et le public. Celle-ci négocie l'intervention et les honoraires avec SASLDM.

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 SASLDM;
- › 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 SASLDM 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 SASLDM 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 SASLDM, le Ministère prépare une demande qu'il soumet à l'approbation du Cabinet. Aucun service n'a été supprimé de la liste des services assurés par SASLDM en 2022–2023.



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 (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.

Aucune modification n'a été apportée au *Règlement sur la résidence et l'inscription* (R.M. 54/93) en 2022–2023.

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 Manitoba (SM).

Au Manitoba, les membres de la GRC sont des personnes assurées et ont droit aux prestations prévues par le RAMM.

Pour les besoins de la délivrance des cartes d'assurance-maladie, les personnes doivent aviser Santé, Aînés et Soins de longue durée Manitoba (SASLDM), 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 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 31 mars 2023, on comptait 1 428 007 résidents inscrits au Régime d'assurance-maladie du Manitoba.

Il est possible de faire appel de la décision de SASLDM en ce qui concerne l'admissibilité en présentant une demande au Conseil manitobain d'appel en matière de santé, qui est un tribunal quasi-judiciaire indépendant aux termes de la *Loi sur l'assurance-maladie*.

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

Le *Règlement sur la résidence et l'inscription* (article 6, 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 *Règlement sur la résidence et l'inscription* (paragraphe 7[1], 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 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 hospitaliers, les actes médicaux très coûteux 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 rémunérés dans le cadre des ententes de facturation réciproque aux tarifs de la province ou du territoire d'accueil. Les demandes de remboursement pour soins médicaux reçus au Québec sont soumises par le patient ou le médecin à Santé Manitoba qui les réglera selon les tarifs en vigueur dans la province d'accueil.

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

Le *Règlement sur la résidence et l'inscription* (paragraphe 7[1], 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 Santé, Aînés et Soins de longue durée Manitoba (SASLDM) 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. Les résidents en congé sabbatique ou en congé d'études sont couverts par SASLDM 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 SASLDM.

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. SASLDM doit 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 offerts à l'extérieur du Canada doivent être préalablement approuvés par SASLDM. 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 SASLDM une recommandation d'un spécialiste indiquant que le patient a besoin d'un service particulier médicalement nécessaire.

Il est possible de faire appel de la décision de SASLDM en ce qui concerne l'admissibilité aux avantages médicaux en présentant une demande au Conseil manitobain d'appel en matière de santé, qui est un tribunal quasijudiciaire indépendant établi aux termes de la *Loi sur l'assurance-maladie*.



5.0 ACCESSIBILITÉ

5.1 Accès aux services de santé assurés

Santé, Aînés et Soins de longue durée Manitoba (SASLDM) 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 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 (c.-à-d. dans un cas potentiel de surfacturation ou d'imposition de frais modérateurs), le résident est encouragé à communiquer avec le Manitoba pour signaler l'incident aux coordonnées suivantes :

Santé, Aînés et Soins de longue durée Manitoba

300 Carlton Street
Winnipeg (Manitoba) R3B 3M9
1-800-392-1207

La Direction générale des services assurés de SASLDM demande des précisions sur les frais imposés au patient pour déterminer si le service offert est un service assuré et si d'autres mesures doivent être prises. En général, il suffit de communiquer avec le prestataire de services médicaux pour l'informer qu'il doit rembourser le patient et présenter une demande de règlement à SASLDM. Des incidents ultérieurs de la part d'un même prestataire peuvent donner lieu à une enquête de l'équipe de vérification et d'enquête de SASLDM. Les préoccupations concernant la conduite professionnelle de prestataires de services médicaux sont transmises à l'organisme de réglementation approprié.

SASLDM est déterminé à respecter les principes du régime d'assurance-maladie et à améliorer la santé de tous les Manitobains. En 2022–2023, le Manitoba a continué d'appuyer ces engagements au moyen d'un certain nombre d'activités, comme celles présentées ciaprès.

TRANSFORMATION DU SYSTÈME

Soins communs, l'office provincial de la santé créé en 2018, privilégie toujours une planification centrée sur le patient afin de garantir des normes cliniques uniformes dans toute la province pour la prestation des soins. On a consulté les membres de plus de dix équipes cliniques provinciales composées de prestataires de soins de santé ayant des antécédents professionnels et une expérience variés au sein des collectivités rurales, urbaines et du Nord du Manitoba, ce qui a donné lieu à la publication d'un plan stratégique pluriannuel, le Plan de services cliniques et préventifs du Manitoba (PSCPM). Le PSCPM en est à la dernière étape de la première phase de planification de la mise en œuvre (la pandémie ayant retardé bon nombre des initiatives prévues pour la première phase), qui jette les bases de futurs changements cliniques visant à mieux aligner les services sur les besoins de la population et à rapprocher les services de soins de santé du domicile des Manitobains.

Le Manitoba a poursuivi la mise en œuvre d'un modèle de foyer de médecine familiale centré sur le patient par le biais des Réseaux de soins de santé primaires. Leur objectif est l'amélioration de l'accès aux soins primaires de qualité pour les Manitobains, la mise en place d'un système de soins primaires mieux intégré et la démonstration du respect des normes en la matière. Le taux d'adoption des cliniques à domicile est demeuré élevé, représentant environ 86,7 pour cent de tous les prestataires de soins primaires. Réseaux de soins de santé primaires restent alignés sur le plan plus large des services cliniques et préventifs du Manitoba.

ÉTABLISSEMENTS

SASLDM a fourni des directives stratégiques en ce qui concerne les investissements dans les infrastructures afin de fixer les attentes et les conditions qui assureront la réussite des intervenants dans le cadre de l'approche interfonctionnelle relative à la planification et à l'établissement d'infrastructures, y compris des investissements pour la réparation, la rénovation et la construction de bâtiments, de l'équipement spécialisé et des Technologies de l'information et des communications (TIC).

SASLDM a établi un plan d'infrastructures pluriannuel qui appuie les objectifs en matière de santé de la population et qui est durable et suffisamment flexible pour répondre aux besoins changeants de celle-ci ainsi que les exigences en matière d'innovation dans la prestation de services. Ce plan comprend un examen des demandes prioritaires pour les grands projets d'immobilisations et les réparations et rénovations des infrastructures, les TIC et la réparation et le remplacement de l'équipement spécialisé reçu des régies régionales de la santé (RRS) ou des organismes de prestation de services (OPS). Il contient également des conseils pour guider le processus décisionnel du gouvernement en ce qui concerne les investissements.

SASLDM a planifié, élaboré et réalisé des projets d'infrastructures prévus dans le plan pluriannuel d'immobilisations stratégiques afin de répondre aux besoins en matière de services d'exploitation du système de santé provincial. Pendant l'exercice financier 2022–2023, 90 investissements individuels dans le cadre des immobilisations et des TIC et environ 225 projets individuels de réparation et de mise à niveau des infrastructures et relatifs à l'équipement spécialisé ont été réalisés. Des projets d'une valeur estimée à 2,6 milliards de dollars ont été soumis à SASLDM et sont allés de l'avant.

Le Manitoba a obtenu et maintenu un financement gouvernemental pour soutenir l'exécution du plan stratégique provincial d'immobilisations en TIC, qui a été établi et mis en œuvre conformément à l'orientation du gouvernement et aux besoins et pratiques exemplaires de la région, aux normes appropriées (programme, conception et construction), à la portée et à l'échéancier approuvés et aux limites de coûts négociées. Une surveillance de la mise en œuvre des investissements d'environ 292 millions de dollars en infrastructures, en TIC et en équipement spécialisé a été assurée.

Le Manitoba a appliqué des politiques liées aux pratiques d'approvisionnement, au développement d'infrastructures, à la durabilité des infrastructures, au financement ministériel et au partage des coûts entre les collectivités et a assuré la surveillance et l'orientation afin de veiller à ce que les exigences soient connues et que les OPS s'y conforment.

Le Manitoba a fourni des renseignements utiles et exacts concernant le programme d'infrastructures du Ministère, y compris des prévisions précises sur les besoins relatifs à l'entretien, les normes et les modèles de programme émergents, le financement des immobilisations et l'élaboration d'options de programmes et de politiques appropriées.

Le Manitoba a procédé à des mises à niveau et a apporté des modifications fonctionnelles à l'infrastructure existante en temps opportun et selon un ordre de priorité et a poursuivi la supervision du programme annuel de renouvellement de l'infrastructure des TIC, géré par l'équipe de la santé numérique, et qui est axé sur l'application d'une approche fondée sur les risques visant à remplacer et à mettre à niveau l'infrastructure technique vieillissante, obsolète et défaillante de l'environnement d'exploitation des systèmes d'information sur la santé du Manitoba.

Une surveillance des politiques, de la planification et de la gestion des projets a été assurée pour appuyer les initiatives ministérielles et garantir une distribution des ressources et une mise en œuvre des solutions appropriées, y compris le déploiement d'importants efforts pour mettre à jour et entretenir les systèmes de TIC appuyant des systèmes administratifs essentiels ainsi que la capacité de gestion et d'analyse de l'information. Le Manitoba a fourni les données et les renseignements nécessaires au personnel du ministère de la Santé pour atteindre les buts et les objectifs ministériels et a consulté les autres directions générales et secteurs du Ministère pour s'assurer que tous les projets proposés cadrent avec les priorités ministérielles établies, ainsi que pour gérer, maintenir et assurer la sécurité des systèmes et des processus ministériels afin de soutenir l'accès des utilisateurs à l'information conformément aux objectifs de disponibilité fixés.

La surveillance s'est également poursuivie pour le programme annuel de santé et de sécurité, y compris l'examen de la liste des projets potentiels prioritaires des régies régionales de la santé et des organismes de prestation de services, la surveillance des projets jusqu'à leur réalisation complète et la supervision du programme annuel sur l'équipement spécialisé, notamment le suivi des dépenses et l'achèvement de la livraison et de l'installation.

PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

En 2022–2023, la province a financé l'effectif suivant de professionnels médicaux et infirmiers autorisés à exercer au Manitoba :

- › 3 201 médecins;
- › 260 adjoints au médecin et auxiliaires cliniques;
- › 313 infirmiers praticiens;

- › 13 849 infirmiers autorisés;
- › 1 170 infirmiers psychiatriques autorisés;
- › 3 887 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. Les psychologues et les infirmiers psychiatriques autorisés devraient être les deux prochaines professions à faire la transition vers l'autoréglementation aux termes de la LPSR. La province continuera de se concentrer sur la transition vers l'autoréglementation en vertu de la LPSR d'autres professions du domaine de la santé puisqu'une telle transition aura une incidence à long terme sur la main-d'œuvre provinciale du secteur de la santé.

En 2022–2023, 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 a augmenté de 44 (de 3 157 à 3 201).
- › Le nombre d'infirmiers praticiens a augmenté de 7 (de 306 à 313).
- › Le nombre d'infirmiers autorisés a augmenté de 566 (de 13 283 à 13 849).
- › Le nombre d'infirmiers psychiatriques autorisés a augmenté de 40 (de 1 130 à 1 170).
- › Le nombre d'infirmiers auxiliaires autorisés a augmenté de 31 (de 3 856 à 3 887).
- › Le nombre d'adjoints au médecin a augmenté de 84 (de 176 à 260).

5.2 Rémunération des médecins

Le Manitoba continue à employer les modes de rémunération suivants pour ses médecins :

- › rémunération à l'acte;
- › rémunération contractuelle;
- › association de divers modes de rémunération;
- › 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 2022–2023.

La rémunération à l'acte est encore le principal mode de rémunération. Les autres modes de rémunération 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 rémunération le cas échéant. De plus, les médecins peuvent recevoir une rémunération 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.

Les médecins sont généralement représentés par Doctors Manitoba, à quelques exceptions près, comme les oncologues engagés par Action Cancer Manitoba. L'entente-cadre la plus récente des médecins avec Doctors Manitoba est arrivée à échéance le 31 mars 2023. En 2022–2023, SASLDM, en collaboration avec Soins communs, a représenté le Manitoba dans ses négociations avec les médecins manitobains afin de parvenir à une nouvelle entente sur les services médicaux qui serait en vigueur pour l'exercice 2023–2024.

Le manuel du médecin (Physician's Manual) du Manitoba 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 à la rémunération à l'acte versée 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 de rémunération 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 SASLDM. Les demandes de remboursement de la rémunération 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 la gouvernance et l'obligation redditionnelle au sein du système de 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 parviennent pas à un accord, le ministre de la Santé, des Aînés et des Soins de longue durée est habilité à résoudre la ou les questions en litige. La décision du ministre est contraignante 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 par les offices régionaux de la santé. SASLDM doit autoriser l'affectation des ressources par les offices régionaux de la santé dans le cadre de l'approbation des plans opérationnels annuels que ces offices régionaux sont tenus de soumettre aux fins d'approbation conformément à l'article 24 de la *Loi sur la gouvernance et l'obligation redditionnelle au sein du système de santé*. Selon l'article 23 de la Loi, les offices régionaux de la santé doivent affecter les ressources en conformité avec le plan opérationnel annuel 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 2022–2023 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 complémentaire (budget du Manitoba) et dans les comptes publics du Manitoba. Les deux documents sont publiés chaque année par le gouvernement du Manitoba.

PERSONNES INSCRITES

	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
1. Nombre en date du 31 mars	1 360 518 ¹	1 372 708 ¹	1 386 938 ¹	1 399 093 ¹	1 428 007 ¹

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE

ÉTABLISSEMENTS PUBLICS	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
2. Nombre	96	96	96	96	96
3. Paiements pour des services de santé assurés (\$)	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS À BUT LUCRATIF	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
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

	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
6. Nombre total de demandes, patients hospitalisés	2 491	2 502	1 922	2 035	2 595
7. Total des paiements patients hospitalisés (\$)	33 989 616	35 646 832	26 464 737	29 936 426	31 518 984
8. Nombre total de demandes, patients externes	31 401	30 616	22 008	28 499	28 044
9. Total des paiements, patients externes (\$)	12 742 040	13 949 642	8 894 815	9 734 282	9 172 772

¹ Population au 1^{er} juin.

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA²

PRÉ-APPROUVÉS	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
10. Nombre total de demandes, patients hospitalisés	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
11. Total des paiements, patients hospitalisés (\$)	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
12. Nombre total de demandes, patients externes	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
13. Total des paiements, patients externes (\$)	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
NON PRÉ-APPROUVÉS	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
14. Nombre total de demandes, patients hospitalisés ³	567	567	315	101	168
15. Total des paiements patients hospitalisés non pré-approuvés (\$) ³	1 930 540	1 719 770	1 995 854	531 287	398 706
16. Nombre total de demandes, patients externes non pré-approuvés ³	10 542	7 718	3 650	2 130	2 821
17. Total des paiements, patients externes non pré-approuvés (\$) ³	6 790 798	2 876 572	2 868 875	935 548	804 300

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE

	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
18. Nombre de médecins participants	2 754	2 829	2 856	2 898	3 058
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	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o
21. Total des paiements des services médicaux rémunérés pour l'ensemble des méthodes de paiement (\$)	1 339 598 000	1 393 152 000	1 296 902 000	1 345 650 000	1 393 999 000
22. Total des paiements des services médicaux rémunérés à l'acte (\$)	895 650 638	931 517 187	876 012 714	944 198 207	944 854 000

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.

³ Les demandes dans notre système de données ne peuvent pas être séparées en demandes pré-approuvées ou non approuvées, par conséquent, les chiffres reflètent le total des demandes et des paiements tels que déclarés pour les années précédentes.

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

	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
23. Nombre de services	271 009	251 133	185 256	228 668	231 879
24. Total des paiements (\$)	13 898 168	13 440 993	9 784 063	10 884 233	12 003 861

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA⁴

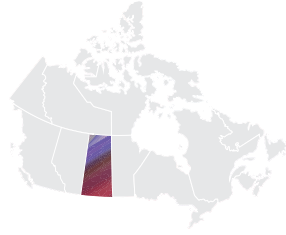
PRÉ-APPROUVÉS	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
25. Nombre de services	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
26. Total des paiements (\$)	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
NON PRÉ-APPROUVÉS	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
27. Nombre de services	5 888	5 482	3 036	723	1 565
28. Total des paiements (\$)	768 212	602 938	264 565	89 165	223 734

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

	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
29. Nombre de dentistes participants	247	273	235	273	269
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	495	473	585	730	775
32. Nombre de services fournis	7 081	7 098	5 449	4 876	7 724
33. Total des paiements (\$)	1 872 000	2 205 750	1 410 459	1 382 196	2 005 387

⁴ 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.

SASKATCHEWAN



Le ministère de la Santé de la Saskatchewan est résolu à se doter d'un système de santé souple, intégré et efficace pour les Saskatchewanais et axé sur une meilleure santé, de meilleurs soins, une meilleure utilisation des deniers publics et de meilleures équipes, le plus près possible de leur foyer. Le Ministère favorise les approches novatrices qui visent à répondre aux besoins des patients et de leur famille en accordant la priorité aux patients et en les encourageant à faire des choix sains et à prendre soin de leur santé.

L'accent a été mis sur le rétablissement du volume des procédures chirurgicales et médicales et des services en matière de santé mentale et de toxicomanie, ainsi que sur de nouveaux investissements dans des projets d'immobilisations dans toute la province. La Saskatchewan continue également de prendre des mesures audacieuses pour faire progresser son ambitieux plan d'action sur les ressources humaines en santé (RHS) afin de recruter, de former, d'inciter et de maintenir en poste des professionnels de la santé.

Au sein du système de santé de la Saskatchewan, les services sont fournis par la Saskatchewan Health Authority (SHA), la Saskatchewan Cancer Agency (SCA), l'Athabasca Health Authority (AHA) et les organisations de soins de santé affiliés, qui sont soutenues par eHealth Saskatchewan, 3S Health (Shared Services Saskatchewan) et un groupe diversifié de professionnels dont bon nombre sont en pratique privée. La province compte 28 professions de la santé autoréglementées, qui sont supervisés par 26 organismes de réglementation. Environ 48 000 personnes offrent tout un éventail de services dans l'ensemble du système de santé.

Le Ministère appuie le leadership des conseils, de la direction et des professionnels de la santé et maintient ses partenariats avec les organisations locales, régionales, provinciales, nationales et internationales, afin de s'assurer que les résidents de la Saskatchewan dans leur ensemble aient accès à des services de santé de qualité.

Consultez le site [Saskatchewan.ca](https://www.saskatchewan.ca) 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 offerts 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 (SCA), 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.

Conformément à 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 à chaque exercice 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 les états financiers connexes 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 SCA soumettent au ministre tout rapport que celui-ci pourrait leur demander, le cas échéant. La régie provinciale de la santé et la SCA 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 Bureau du vérificateur provincial de la Saskatchewan fournit une assurance indépendante (rapports de vérification) et l'examen de la gestion du gouvernement et les pratiques de responsabilisation à l'égard des ressources publiques qui lui sont confiées. Le vérificateur provincial informe l'Assemblée législative de la fiabilité des renseignements financiers et opérationnels du gouvernement, de la conformité du gouvernement aux autorisations législatives et de la pertinence de la gestion des ressources publiques par le gouvernement. Leurs rapports sont disponibles sur le [site Web du Provincial Auditor of Saskatchewan \(en anglais seulement\)](#). Le rapport a été publié le 6 juin 2023 et comprenait les examens de la Saskatchewan Health Authority (SHA), de la SCA et du Ministère.

Le vérificateur provincial effectue une vérification annuelle de tous les 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 SHA, à la SCA ainsi qu'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 SHA et la SCA, doit vérifier au moins une fois par exercice les comptes de la SHA et de la SCA. La SHA et la SCA doivent soumettre annuellement au ministre leurs états financiers vérifiés.

Les dernières vérifications portaient sur l'exercice prenant fin le 31 mars 2023. La SHA et la SCA 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, 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. Les exigences d'établissement de rapports annuels de la régie provinciale de la santé sont énoncées dans le paragraphe 7(5) de la *Provincial Health Authority Act*.



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. Aucune modification n'a été apportée à la Loi en 2022-2023.

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, y compris 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), 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 83) 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 lieutenant-gouverneur en conseil peut nommer un administrateur public pour gérer les affaires de la régie provinciale de la santé ou une société affiliée au besoin (article 8-4).

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 six catégories suivantes : communautaire ou du Nord, de district, régional, provincial, de réadaptation et de campagne. Les hôpitaux sont ainsi regroupés afin que la population sache à quoi s'attendre à chaque hôpital. Même si les 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 prestataires 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 prestataires 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 prestataires de services et le public.

La *Patient Choice Medical Imaging Act* et le *Medical Imaging Facilities Licensing Regulations* autorisent les installations privées d'IRM et de tomodensitométrie de la Saskatchewan à accepter le paiement direct des patients en échange de services d'IRM et de tomodensitométrie. Toutefois, pour chaque examen payé par le secteur privé, le Règlement exige que les prestataires privés offrent gratuitement un deuxième examen à une personne qui attend sur la liste publique. Le service d'IRM et de tomographie payé par le secteur privé et sa disposition unique du « deux pour un » donnent aux patients plus d'options pour accéder aux services de d'IRM et de tomographie et ont augmenté la capacité du système public sans coût supplémentaire pour le système de santé ou le patient qui reçoit l'examen gratuit. Parallèlement à l'augmentation de la capacité du système public, grâce à l'accroissement du nombre d'hôpitaux, à l'installation de nouveaux tomodensitomètres et de nouveaux appareils d'IRM et à l'augmentation du nombre de contrats financés par le secteur public, ces examens financés par le secteur privé contribuent à la gestion des temps d'attente en imagerie diagnostique.

Aucun nouveau service hospitalier n'a été ajouté au régime d'assurance-santé en 2022–2023.

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. Aucune modification n'a été apportée à la Loi en 2022–2023. On peut prendre connaissance de tous les honoraires des médecins dans le barème des prestations assurées ([Physician Payment Schedule](#) (en anglais seulement)). En date du 31 mars 2023, 2820 médecins étaient autorisés à exercer la médecine dans la province et à participer au régime d'assurance-santé. De ce nombre, 1 419 (50,3 pour cent) étaient des médecins de famille et 1 401 (49,7 pour cent) 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 les bénéficiaires que ses services ne sont pas assurés par le régime, qui ne les remboursera donc pas. Une reconnaissance écrite du bénéficiaire attestant qu'il comprend l'information donnée par le médecin est également requise.

En date du 31 mars 2023, aucun médecin de la Saskatchewan n'était non-participant.

Les services médicaux assurés qui sont les services médicalement nécessaires couverts par le régime d'assurance-santé du ministère de la Santé de la Saskatchewan figurent au barème des prestations des médecins du règlement *Saskatchewan Medical Care Insurance Payment Regulations* de la *Medical Care Insurance Act, 1994*.

Il existe un processus de discussion officielle et de négociation entre la Direction des services médicaux du ministère (Medical Services Branch) 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 général 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 au *Saskatchewan Medical Care Insurance Payment Regulations, 1994*, 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, mais ce faisant, il ne peut participer à aucun service assuré de chirurgie dentaire. Le dentiste non participant doit informer les bénéficiaires que ses services ne sont pas assurés par le régime, qui ne les remboursera donc pas, ou leur conseiller d'obtenir les services d'un dentiste participant. Une reconnaissance écrite du bénéficiaire attestant qu'il comprend l'information donnée par le dentiste est également requise.

À compter de l'automne 2020, on a demandé aux dentistes de se conformer au paragraphe 24(1) de la *Saskatchewan Medical Care Insurance Act* en ce qui concerne la non-participation officielle. Depuis, la Medical Services Branch a reçu 17 avis de non-participation officielle, dont la plupart ont été reçus tout au long de 2023. En date du 30 août 2023, il y avait 499 dentistes non participants en Saskatchewan, dont la plupart sont des dentistes généralistes. Soixante-cinq dentistes généralistes et spécialistes ont fourni des services assurés en vertu du régime d'assurance-santé.

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 recommandé 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 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 20 août 2023, il y avait quelque 581 dentistes et chirurgiens-dentistes exerçant leur profession dans les principaux centres de la Saskatchewan. Soixante-cinq 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 et qu'ils soient autorisés en vertu de la *Health Facilities Licensing Act*;
- › les services d'IRM et de tomodensitométrie, tels que définis dans le Règlement *Medical Imaging Facilities Licensing Regulations* lorsqu'ils sont effectués dans une installation d'imagerie médicale telle que définie dans la *Patient Choice Medical Imaging 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, 1979*, du ministère fédéral des Anciens Combattants ou de la *Mental Health Services Act*.

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 d'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. Aucun service n'a été retiré de la liste des services assurés en 2022–2023.



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. Aucune modification n'a été apportée aux exigences en matière de résidence en 2022–2023.

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 2023, 1 261 585 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.

Toute personne qui déménage en Saskatchewan en provenance de l'étranger peut être admissible aux services de santé assurés en Saskatchewan lorsqu'elle établit domicile dans la province, si elle appartient à l'un des groupes suivants :

- › résidents permanents (immigrants reçus);
- › personnes libérées des Forces canadiennes;

- › non immigrants qui se trouvent au Canada en raison de leur métier ou de leur profession;
- › étudiants internationaux;
- › conjoints et conjointes des membres des Forces canadiennes qui rentrent au pays;
- › citoyens canadiens qui reviennent au pays.

Les demandeurs de résidence permanente ne sont pas admissibles aux prestations de santé, sauf s'ils appartiennent à l'une des catégories ci-dessus. Les ecclésiastiques étrangers et les membres de l'OTAN sont admissibles aux prestations de santé de la Saskatchewan.



4.0 TRANSFÉRABILITÉ

4.1 Période d'attente minimale

En général, les assurés d'une autre province ou d'un territoire qui déménagent en Saskatchewan sont admissibles à compter du premier jour du troisième mois suivant l'établissement de la résidence. Cependant, si un conjoint arrive avant l'autre conjoint, il devient admissible à l'une ou l'autre des dates suivantes : a) premier jour du troisième mois suivant l'arrivée de l'autre conjoint; ou b) premier jour du treizième mois suivant l'établissement de résidence du conjoint arrivé le premier. Le conjoint arrivé en dernier devient admissible le premier jour du troisième mois suivant l'arrivée.

En 2022–2023, la Saskatchewan a modifié le *Medical Care Insurance Beneficiary and Administration Regulations* afin de fournir une couverture de soins de santé aux personnes arrivant de l'Ukraine dans le cadre de l'engagement du gouvernement de fournir des services et du soutien aux personnes qui arrivent au Canada, soit le programme Autorisation de voyage d'urgence Canada-Ukraine.

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 plus de sept mois 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 le *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 législation modifiée a pris effet 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 règlement *Medical Care Insurance Payment Regulations, 1994*, autorise le paiement des services médicaux aux personnes admissibles de la Saskatchewan pendant une absence temporaire de la province. Aucune modification n'a été apportée à la Loi ou au Règlement en 2022–2023. Cependant, des modifications ont été apportées au règlement afin d'autoriser le paiement des tarifs actualisés et des nouveaux services assurés aux médecins.

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 cinq 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 2022–2023, la Saskatchewan a modifié le *Medical Care Insurance Beneficiary and Administration Regulations* afin de s'assurer que les employés du gouvernement de la Saskatchewan qui travaillent à l'extérieur du pays ne sont pas sans couverture de soins de santé provinciale.

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. Aucune modification n'a été apportée au Règlement en 2022–2023.

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 avant que les services soient reçus à l'extérieur de la province.

À l'extérieur du pays

Le médecin spécialiste qui veut diriger un patient vers l'étranger pour recevoir un traitement n/d 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'il réalise un examen.



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 règlement *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 tiers 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 *Saskatchewan 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.

Les délais d'attente pour la consultation d'un spécialiste peuvent varier pour diverses raisons, ce qui fait que deux patients dont l'état et l'acuité des besoins sont les mêmes peuvent avoir des délais d'attente très différents. Les renvois par groupe offrent aux médecins traitants et à leurs patients plus d'options pour réduire le temps d'attente et améliorer l'accès des patients. Les systèmes de renvois par groupe permettent d'aiguiller les patients vers les prochains spécialistes disponibles afin qu'ils reçoivent des traitements, tout en offrant aux médecins la possibilité de faire des renvois directs à des spécialistes particuliers au moyen du même processus d'aiguillage.

Le répertoire en ligne des spécialistes de la Saskatchewan permet de connaître plus facilement les délais d'attente en chirurgie et de trouver des renseignements sur les chirurgiens spécialistes en Saskatchewan. Il peut aider les patients et leurs médecins de famille à examiner leurs options en matière de services chirurgicaux et leur permettre d'identifier facilement le meilleur chirurgien pour eux. L'un de ses nombreux avantages est qu'il peut permettre aux patients qui sont disposés à se déplacer de se faire opérer plus rapidement ailleurs que dans le centre de chirurgie le plus près de chez eux.

5.2 Rémunération des médecins

En vertu de l'article 6 du règlement *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 1,240 milliard de dollars en 2022–2023, soit 562,4 millions pour la facturation à l'acte, 33,3 millions pour les programmes de couverture des salles d'urgence par des spécialistes et 516,1 millions pour les services non rémunérés à l'acte. Un montant additionnel de 120,3 millions de dollars a été consacré au Clinical Services Fund, aux autres programmes de la Saskatchewan Medical Association et à des programmes de bourses.

Le Saskatchewan Joint Medical Professional Review Committee (JMPRC) est un comité d'examen par les pairs composé de médecins qui a été mis sur pied en vertu de l'article 49 de la *Saskatchewan Medical Care Insurance Act* (1988) dans le but d'examiner les modes de facturation des médecins de la Saskatchewan qui facturent directement le système financé par l'État pour des services assurés. Les membres du JMPRC examinent les pratiques de facturation des médecins qui leur sont soumis par le directeur, Examen des pratiques professionnelles, du ministère de la Santé et, s'ils déterminent que des sommes ont été indûment versées par le ministre, ils peuvent ordonner le recouvrement de ces sommes auprès des médecins en cause.

Les médecins de la Saskatchewan n'imposent pas de tarifs monolithiques.

5.3 Paiements aux hôpitaux

Le financement octroyé à la SHA tient compte du statu quo pour ce qui est des niveaux de financement, et il est ajusté en fonction de l'inflation, des hausses d'utilisation, des augmentations liées aux conventions collectives, des nouveaux programmes et d'autres rajustements précisés dans le budget provincial pour l'année en cours. La SHA 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 SHA peut recevoir des fonds supplémentaires pour offrir des programmes et des services hospitaliers spécialisés (p. ex. lutte contre la pandémie, dons d'organes et de tissus, services médicaux d'urgence, services chirurgicaux et services en toxicomanie et en santé mentale).

Les paiements à la SHA pour la prestation de services sont effectués conformément à l'article 2-7 de la *Provincial Health Authority Act*. Celle-ci confère au ministre de la Santé le pouvoir d'accorder des subventions à la SHA 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 SHA 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 budget provincial de 2022–2023 et les documents connexes;
- › les comptes publics de 2021–2022;
- › 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, à Saskatchewan.ca. 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

	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
1. Nombre en date du 31 mars	1 196 842 ¹	1 216 490 ¹	1 227 341 ¹	1 209 615 ¹	1 261 585 ¹

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE

ÉTABLISSEMENTS PUBLICS	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
2. Nombre	66	66	66	66	66
3. Paiements pour des services de santé assurés (\$)	2 067 238 750 ²	2 141 445 000 ²	2 328 971 000 ²	2 419 274 000 ²	2 478 119 000 ²
ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS À BUT LUCRATIF	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
4. Nombre d'établissements privés à but lucratif offrant des services de santé assurés	6	6	8	8	6
5. Paiements aux établissements privés à but lucratif pour des services de santé assurés (\$)	n/d ³	n/d ³	n/d ³	n/d ³	n/d ³

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

	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
6. Nombre total de demandes, patients hospitalisés	4 174	3 991	3 362	2 854	3 191
7. Total des paiements patients hospitalisés (\$)	64 494 900	55 922 600	64 907 900	50 402 300	64 153 300
8. Nombre total de demandes, patients externes	72 192	74 539	53 521	55 133	58 807
9. Total des paiements, patients externes (\$)	29 364 100	30 332 600	20 739 600	19 857 600	21 886 800

¹ Les chiffres de la Saskatchewan au 30 juin.

² Tel que rapporté par la Saskatchewan Health Authority 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 d'IRM et de tomodensitométrie 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.

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA⁵

PRÉ-APPROUVÉS	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
10. Nombre total de demandes, patients hospitalisés	7	8	0	0	2
11. Total des paiements, patients hospitalisés (\$)	3 078 800	1 853 300	0	0	243 000
12. Nombre total de demandes, patients externes	218	216	22	12	37
13. Total des paiements, patients externes (\$)	2 055 800	1 433 700	42 900	127 400	94 000
NON PRÉ-APPROUVÉS	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
14. Nombre total de demandes, patients hospitalisés	317	283	120	47	122
15. Total des paiements patients hospitalisés non pré-approuvés (\$)	193 800	2 431 900	288 117	22 900	22 400
16. Nombre total de demandes, patients externes non pré-approuvés	1 244	920	419	133	249
17. Total des paiements, patients externes non pré-approuvés (\$)	69 400	45 200	21 500	6 500	12 500

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE

	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
18. Nombre de médecins participants	2 600	2 622	2 718	2 796	2 820
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 (\$)	1 009 110 700	1 050 449 400	970 000 400	1 178 460 260	1 240 000 000
22. Total des paiements des services médicaux rémunérés à l'acte (\$)	556 831 300 ⁶	556 434 500 ⁶	437 348 300 ⁶	541 863 260 ⁶	570 245 600 ⁶

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.

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.

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

	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
23. Nombre de services	757 219	770 674	638 087	690 676	729 095
24. Total des paiements (\$)	42 976 000	44 549 700	35 554 200	38 179 300	41 047 600

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA⁷

PRÉ-APPROUVÉS	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
25. Nombre de services	596	764	145	23	189
26. Total des paiements (\$)	500 368	747 889	140 442	20 445	295 300
NON PRÉ-APPROUVÉS	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
27. Nombre de services	4 906	4 817	1 627	709	1 703
28. Total des paiements (\$)	274 585	289 000	93 058	41 200	156 900

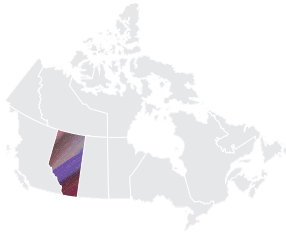
SERVICES DE CHIRURGIE DENTAIRE ASSURÉS FOURNIS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE

	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
29. Nombre de dentistes participants	88	76	74	70	65
30. Nombre de dentistes ayant opté pour le retrait du régime d'assurance-santé	0	0	0	0	17
31. Nombre de dentistes non participants	0	1	2	1	499 ⁸
32. Nombre de services fournis	10 916	12 656	10 374	9 804	7 926
33. Total des paiements (\$)	1 529 800	1 565 900	1 046 000	1 197 300	1 450 600

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.

⁸ Avant 2022–2023, les dentistes non participants ne faisaient pas de distinction entre ceux qui se retiraient et ceux qui ne participaient pas au régime d'assurance-santé.

ALBERTA



Tout en relevant les défis posés par la pandémie, le gouvernement de l'Alberta a poursuivi ses efforts en vue de renforcer le système de soins de santé public de l'Alberta, d'améliorer la prestation des services et d'obtenir de meilleurs résultats. En 2022–2023, le gouvernement de l'Alberta a investi dans les domaines prioritaires, notamment réduire les temps d'attente dans les services d'urgence, améliorer les temps d'attente dans les services médicaux d'urgence, réduire les temps d'attente en chirurgie, responsabiliser les travailleurs de première ligne et fournir un soutien en matière de santé mentale et de toxicomanie. De plus amples informations sont disponibles sur les sites Web du [ministère de la Santé](#) et le [ministère de la Santé mentale et des Dépendances](#) (en anglais seulement).



1.0 GESTION PUBLIQUE

1.1 Régime d'assurance-santé et autorité publique

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. Le ministère de la Santé administre et exploite le Régime d'assurance-maladie de l'Alberta (AHCIP) aux termes de la *Loi canadienne sur la santé*. Depuis 1969, l'*Alberta Health Care Insurance Act* (AHCIA), qui est accessible sur le site Web de [l'Imprimeur du Roi de l'Alberta](#) (en anglais seulement), régit l'administration et l'exploitation de l'AHCIP. 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.

1.2 Liens hiérarchiques

Le ministre est responsable du AHCIP en tant qu'autorité publique chargée de l'administration et du fonctionnement du AHCIP, est tenu, en vertu de la AHCIA, d'administrer et d'exploiter le AHCIP à des fins non lucratives et conformément à la AHCIA et aux règlements connexes adoptés sous le régime de la loi, afin d'offrir une couverture d'assurance pour les services de santé de base à tous les résidents de l'Alberta. La AHCIA et ses règlements comprennent plusieurs mesures de responsabilisation liées à l'administration et à l'exploitation du AHCIP, notamment des dispositions permettant au ministre de réévaluer les demandes de prestations et de recouvrer les trop payés auprès des médecins praticiens.

La [Sustainable Fiscal Planning and Reporting Act \(SFPRA\)](#), qui se trouve sur le site Web de [l'Imprimeur du Roi de l'Alberta](#) (en anglais seulement), prévoit un cadre pour la planification financière et l'établissement du budget du gouvernement. Un rapport annuel du ministère est rédigé sous la direction du ministre conformément à la SFPRA et aux politiques de comptabilité du gouvernement. Le [rapport annuel du ministère de la Santé pour 2022–2023](#) (en anglais seulement), qui couvre l'exercice s'étendant du 1^{er} avril 2022 au 31 mars 2023, a été publié le 29 juin 2023.

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 *Auditor General Act* de l'Alberta, les rapports de vérification sont déposés devant l'Assemblée législative. Le rapport du vérificateur général sur la vérification des états financiers consolidés du gouvernement de l'Alberta, qui comprend les opérations financières et d'autres informations du ministère de la Santé, a été publiée le 29 juin 2023 dans le [rapport annuel 2022–2023 du gouvernement de l'Alberta](#) (en anglais seulement).

Le rapport du vérificateur général indique que les états financiers consolidés présentent, de façon juste, et à tous égards importants, la situation financière consolidée et le résultats de son activité, conformément aux normes comptables canadiennes pour le secteur public pour l'exercice prenant fin le 31 mars 2023.



2.0 INTÉGRALITÉ

2.1 Services hospitaliers assurés

La *Hospitals Act*, le *Operation of Approved Hospitals Regulation (247/1990)*, le *Hospitalization Benefits Regulation (AR 244/1990)*, la *Health Facilities Act (HFA)* et le *Health Facilities Regulation (AR 208/2000)* régissent la prestation des services assurés par les hôpitaux ou les établissements chirurgicaux agréés. Ces documents sont disponibles sur le [site Web de l'Imprimeur du Roi de l'Alberta](#) (en anglais seulement).

En Alberta, les conseils d'administration des hôpitaux (c.-à-d. la personne morale ou physique qui possède ou exploite un hôpital, y compris l'autorité régionale de la santé en vertu de la *Regional Health Authorities Act*) sont les entités responsables devant le ministre de la prestation des services hospitaliers assurés. Alberta Health Services (AHS), en tant que seule autorité régionale de la santé de l'Alberta, est responsable de l'exploitation de la majorité des hôpitaux agréés en Alberta.

Les services hospitaliers financés par l'État fournis dans les hôpitaux agréés en 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 prestations offertes aux patients hospitalisés en Alberta sont énoncées dans la *Hospitals Act* et le *Hospitalization Benefits Regulation*.

La liste des services assurés figurant dans la *Hospitals Act* et le *Hospitalization Benefits Regulation* 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 2022–2023.

Les procédures diagnostiques fondées sur la tomodensitométrie (TDM) et l'imagerie par résonance magnétique (IRM) sont financées par l'État et offertes aux Albertains admissibles dans un établissement de AHS ou un établissement lié par contrat à AHS. AHS dispose d'un système qui établit les priorités et gère les temps d'attente pour ces services. Si un patient choisit de se rendre dans une clinique de diagnostic privée et de payer lui-même les procédures de diagnostic par TDM et IRM médicalement nécessaires, AHS dispose d'une procédure de remboursement si certains critères sont remplis.

Le ministère de la Santé n'a pas apporté de modifications législatives ou réglementaires aux services hospitaliers assurés en 2022–2023, y compris concernant l'imagerie de diagnostic. Le ministère procède actuellement à l'évaluation des méthodes permettant d'identifier et de quantifier les examens de TDM et d'IRM payés par le secteur privé dans la province et l'identification des options permettant de résoudre ces problèmes, le cas échéant.

2.2 Services médicaux assurés

La *Alberta Health Care Insurance Act* (AHCIA) établit le régime d'assurance santé de l'Alberta (AHCIP) pour offrir des prestations aux services de santé de base à tous les résidents de l'Alberta. Les médecins, tels que définis dans la AHCIA, sont autorisés à réclamer des prestations de services assurés au titre du AHCIP. Les personnes visées à l'article 20.1 de la AHCIA (dont il est question plus loin) peuvent également présenter des demandes de prestations par l'entremise du AHCIP pour des services assurés fournis par des médecins, à condition de respecter certaines exigences législatives.

Aux termes de l'article 20.1 de la AHCIA, une personne (à l'exception des particuliers et des sociétés professionnelles) est autorisée à soumettre des demandes de prestations pour un service assuré fourni par un médecin si :

- a) le ministre a conclu un accord en vertu de l'article 20 ou a établi un arrangement en vertu de l'article 20 avec cette personne pour le paiement des prestations pour le service assuré sur une base autre que la rémunération à l'acte;

- b) la personne emploie ou a conclu un accord de service avec le médecin pour fournir le service assuré;
- c) le médecin participait au AHCIP lorsque le service assuré a été fourni.

Parmi les exemples de personnes visées par l'article 20.1, on peut citer AHS ou une société qui possède et exploite des pharmacies.

La personne mentionnée à l'article 20.1 a un lien juridique direct avec le ministre par l'entremise de l'accord ou de l'entente prévu à l'article 20 (c.-à-d. un droit légal de demander et de recevoir des prestations pour l'offre de services assurés par un médecin sans que le médecin ait à attribuer des prestations à cette personne).

L'article 20.1(4) prévoit que la personne visée à l'article 20.1 a toutes les obligations d'un médecin en ce qui concerne la communication au ministre des renseignements nécessaires pour faciliter le traitement, l'évaluation et le paiement de la demande de prestations. La personne visée à l'article 20.1 est également assujettie à l'interdiction de la surfacturation, au droit du ministre de recouvrer des montants, ainsi qu'à la surveillance et à l'application de la conformité à la AHCI. En 2022–2023, il n'y avait aucune entente ou aucun accord en vertu de l'article 20 avec une personne visée à l'article 20.1.

L'Alberta avait 11 085 médecins qui réclamaient des prestations en vertu du AHCIP en date du 31 mars 2023. De ce nombre :

- › 8 817 médecins ont réclamé des prestations exclusivement sur la base de la rémunération à l'acte;
 - › 1 106 ont réclamé des prestations uniquement par le biais d'une entente ou d'un arrangement en vertu de l'article 20 de la Loi sur l'assurance-maladie (soit par le biais de l'une des ententes-cadres du Programme de médecine et de services de santé universitaires de l'Alberta, soit par le biais d'un autre mode de rémunération, qui sont tous deux des solutions de rechange à la rémunération à l'acte – voir la section 5.2 pour plus de détails);
 - › les 1 162 médecins restants ont réclamé des prestations à la fois sur la base de la rémunération à l'acte et d'un autre mode de rémunération que la rémunération à l'acte.
- En date du 31 mars 2023, il y avait quatre médecins non participants dans la province.

Un médecin doit remplir les formulaires d'inscription appropriés et fournir une copie du permis d'exercice lui ayant été délivré par le College of Physicians and Surgeons of Alberta avant d'être inscrit au AHCIP.

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;
- 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 médicaux assurés et que le patient ne peut se faire rembourser les sommes qu'il a payées pour obtenir des services médicalement nécessaires auprès d'un médecin non participant.

Medical Benefits Regulation (AR 84/2006) établit les prestations payables pour les services médicaux assurés fournis aux résidents de l'Alberta. La description des services médicaux assurés qui sont payables à l'acte figure dans le [barème des prestations médicales](#) (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. Le ministère de la santé consulte la communauté médicale en collaborant avec l'Alberta Medical Association (AMA), et des codes de services de santé sont créés pour s'assurer que le barème des prestations médicales reflète la norme actuelle de la pratique des médecins de l'Alberta. Il n'y a pas de consultation publique. Toute modification du barème des prestations médicales doit être approuvée par le ministre de la Santé.

Des codes de soins virtuels ont été rendus permanents dans le barème des prestations médicales le 9 juin 2020.

En mai 2021, le ministère de la Santé a formé un groupe de travail sur les soins virtuels afin d'étudier les occasions à court terme relatives à la rémunération pour la prestation des praticiens fournissant virtuellement des services médicaux assurés. Le groupe était composé de membres de AHS, de l'AMA et du CPSA. En se fondant sur les recommandations du groupe de travail, le ministère de la Santé a amélioré, en janvier 2022, le barème des prestations médicales en ce qui concerne les codes de services de santé virtuels. Les changements permettent aux médecins de soumettre des demandes de paiement de prestations pour un modificateur complexe unique pour les cas complexes ainsi que pour le temps consacré aux activités de prise en charge des patients. De plus, depuis février 2022, les modifications permettent aux médecins de soumettre des demandes de remboursement de prestations pour le temps consacré aux soins indirects des patients dans le cadre de consultations psychiatriques virtuelles et pour les discussions d'un traitement psychiatrique d'un enfant avec ses parents ou gardiens.

Les deux nouveaux codes de services de santé ajoutés par l'Alberta au barème des prestations médicales en 2020–2021 pour l'administration de la vaccination contre la COVID-19 demeurent en vigueur. Les deux codes de services de santé comprennent la détermination de la candidature appropriée du patient pour la vaccination, la discussion générale avec le patient, l'obtention du consentement, l'administration d'une dose unique, la mise à jour du dossier d'immunisation du patient et la programmation d'une deuxième dose de vaccin. En outre, le programme de sensibilisation au vaccin contre la COVID-19 a été introduit dans des zones ciblées où le taux de vaccination s'élevait à moins de 50 pour cent pour aider les médecins à s'engager de manière proactive auprès de leurs patients afin d'encourager la prise du vaccin contre la COVID-19. L'admissibilité a depuis été étendue à tous les médecins de l'Alberta.

2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

En Alberta, certaines interventions dentaires et chirurgies buccales médicalement nécessaires sont assurées par le AHCIP et figurent dans le [barème des prestations de chirurgie buccale et maxillofaciale](#) (en anglais seulement). En 2022–2023, aucune modification n'a été apportée à ce barème.

La plupart des interventions dentaires dont les prestations sont réclamées par l'entremise du AHCIP peuvent seulement être facturées lorsqu'elles sont pratiquées par un dentiste spécialisé en chirurgie buccale et maxillo-faciale qui satisfait aux exigences de la AHCI. Les services de chirurgie dentaire assurés doivent être fournis dans un hôpital public ou dans un établissement chirurgical agréé (ECA). Les services chirurgicaux majeurs, tels que décrits à l'article 2(2)(b) de la HFA, ne peuvent être fournis que dans un hôpital public. En date du 31 mars 2023, il y avait 166 dentistes qui ont soumis des demandes de remboursement de prestations pour les procédures dentaires éligibles, et aucun dentiste ne s'est retiré du AHCIP. Les soins dentaires de routine ne sont pas considérés comme étant un service assuré dont la prestation est remboursable par l'entremise du AHCIP.

Bien qu'il n'existe pas d'entente officielle avec les dentistes, le ministère de la Santé rencontre l'Alberta Dental Association 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 du paragraphe 7(1) de la AHCI, 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;
- b) publiant un avis du retrait envisagé dans un journal à grand tirage de la région où il pratique;
- 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 AHCI. 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;
- b) publiant un avis du retrait envisagé dans un journal à grand tirage de la région où il a l'intention de pratiquer.

En faisant le choix 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 assurés 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

Le paragraphe 4(2) du *Hospitalization Benefits Regulation* liste des services hospitaliers qui ne sont pas des services assurés.

La [Politique sur les chambres privées ou semi-privées et les biens ou services spéciaux](#) (en anglais seulement) décrit les attentes du gouvernement de l'Alberta à l'égard de l'autorité régionale de la santé (c.-à-d. AHS) concernant l'offre de chambres privées ou semi-privées et la prestation de biens et de services bonifiés ou spéciaux. Cette politique exige que l'autorité régionale de la santé donne un avis de 30 jours à la personne désignée par le ministre de la Santé quant aux catégories de chambres privées ou semi-privées offertes et aux frais imposés pour chaque catégorie.

L'autorité régionale de la santé 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. L'autorité régionale de la santé 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.

Le paragraphe 12(2) du *Alberta Health Care Insurance Regulation* (AR 76/2006) 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 remboursable pour les services de chirurgie orale et maxillo-faciale fournis à un résident de l'Alberta dans une autre province ou un autre territoire au Canada ou dans un autre pays si les services fournis ne sont pas des services assurés en Alberta.

Les services non couverts par le AHCIP comprennent, notamment :

- › les services médicolégaux;
- › les interventions chirurgicales à des fins purement esthétiques, réalisées pour des raisons émotionnelles, psychologiques ou psychiatriques;
- › les services de transports (y compris les services d'ambulance);
- › les médicaments sur ordonnance, les plâtres, les appareils chirurgicaux et les bandages spéciaux (à l'exception de ce qui est prévu dans le barème des prestations médicales, le barème des prestations pour chirurgies podiatriques ou le barème des prestations podiatriques);
- › les services cliniques en pharmacie;
- › 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.

Les services médicaux 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'AMA et AHS. L'AMA agit à titre de représentante des médecins. AHS 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 médical n'a été retiré du barème des prestations en 2022–2023.



3.0 UNIVERSALITÉ

3.1 Admissibilité

En vertu de la *Alberta Health Care Insurance Act* (AHCIA) et de la *Hospitals Act*, les résidents de la province sont admissibles à recevoir des services assurés au titre du Alberta Health Care Insurance Plan (AHCIP) et le Hospitalization Benefits Plan. Aucun changement n'a été apporté aux conditions d'admissibilité en 2022–2023.

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, de résident permanent 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 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; ils relèvent plutôt du gouvernement fédéral. Les conjoints ou partenaires et les personnes à charge des personnes susmentionnées sont couverts s'ils résident en Alberta.

Si un avis est envoyé dans les trois mois à Alberta Health, 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 seront admissibles. 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 et le Hospitalization Benefits Plan, 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 ou du Hospitalization Benefits Plan 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 non participation. Les personnes peuvent décider d'assumer l'entière responsabilité pour le paiement des coûts des services hospitaliers individuels.

En date du 31 mars 2023, 5 106 110 résidents de l'Alberta inscrits auprès du ministère de la Santé étaient couverts par le Hospitalization Benefits Plan. Au total, 242 résidents de l'Alberta n'y participaient pas.

3.2 Autres catégories de personnes

En vertu du *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. Une disposition déterminative similaire est prévue dans le *Hospitalization Benefits Regulation* aux termes de laquelle une personne qui étudie à temps plein dans un établissement d'enseignement, mais dont le lieu de résidence habituelle se situe à l'extérieur du Canada, est jugée comme étant un résident si elle prévoit demeurer en Alberta pour une période de 12 mois consécutifs. Ces personnes doivent détenir un visa d'entrée au Canada tel qu'un permis de travail ou un permis d'études attestant qu'elles sont autorisées à demeurer au Canada. Les personnes à charge accompagnant des résidents temporaires qui détiennent un permis de travail ou d'études doivent posséder une fiche de visiteur (qui limite 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. La couverture du AHCIP est offerte aux résidents temporaires et aux personnes à charge les accompagnant qui remplissent toutes les conditions d'admissibilité. En date du 31 mars 2023, 101 859 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 ayant un visa d'entrée au Canada portant 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 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 et le Hospitalization Benefits Plan. 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.

Les travailleurs saisonniers de l'extérieur du Canada sont considérés comme des travailleurs étrangers temporaires. Pour obtenir la couverture du AHCIP, ils doivent répondre à la définition de « résident réputé », détenir un permis de travail attestant qu'ils sont autorisés à demeurer au Canada et prévoir de s'établir en Alberta pour une période d'au moins douze mois. Les travailleurs saisonniers des autres provinces conservent la couverture de soins de santé de leur province de résidence.

Les Canadiens de retour au pays dont la résidence en Alberta a expiré doivent fournir une preuve qu'ils sont autorisés à demeurer au Canada (généralement une carte de résident permanent) et remplir les conditions de résidence pour être admissibles à la couverture du AHCIP et du Hospitalization Benefits Plan. Les personnes qui ont fait une demande en vue d'obtenir le statut de résident permanent doivent continuer d'être autorisées à demeurer au Canada (p. ex. détenir un permis de travail, un permis d'études ou une fiche de visiteur valide) pendant qu'elles attendent une décision concernant leur demande de résidence permanente. Pendant cette période, la couverture du AHCIP peut leur être accordée si elles remplissent les conditions d'admissibilité pour un résident réputé.

Le 28 mars 2022, le gouvernement de l'Alberta a mis en place le Ukrainian Evacuee Temporary Health Benefits Program (UETHBP) par décret ministériel pour offrir une couverture médicale temporaire aux Ukrainiens évacués qui sont entrés ou sont restés au Canada et en Alberta à cause du conflit armé en Ukraine, en attendant qu'ils aient droit ou s'inscrivent à une couverture sous le Alberta Health Care Insurance Plan (AHCIP). Nonobstant l'admissibilité d'un évacué ukrainien à une couverture AHCIP, tous les évacués qui sont entrés au Canada et en Alberta en vertu des mesures d'Autorisation de voyage d'urgence Canada-Ukraine (AVUCU) du gouvernement fédéral sont admissibles à recevoir une couverture médicale temporaire s'ils résident en Alberta et répondent aux critères du UETHBP.



4.0 TRANSFÉRABILITÉ

4.1 Période d'attente minimale

Généralement, aux termes du Alberta Health Care Insurance Plan (AHCIP) et de l'Hospitalization Benefits Plan, 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. Il existe une disposition similaire dans l'Hospitalization Benefits Plan pour la couverture des services hospitaliers assurés.

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 étudiants albertains qui fréquentent une école reconnue au Canada et qui prévoient de retourner en Alberta après la fin de leurs études conservent leur couverture en vertu du AHCIP et du Hospitalization Benefits Plan.

Les travailleurs étrangers temporaires qui sont considérés comme des résidents réputés conservent leur couverture en vertu du AHCIP s'ils voyagent dans une autre province canadienne pour des vacances; cependant, ils ne conservent pas leur couverture s'ils quittent l'Alberta pour travailler dans une autre province ou s'ils quittent le Canada.

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 résidentes de l'Alberta si elles convainquent le ministère de la Santé que leur lieu de résidence permanente 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.

Le ministère de la Santé fait partie des ententes interprovinciales de facturation réciproque des services hospitaliers et médicaux. Tous les territoires et toutes les provinces sont signataires des ententes de réciprocité d'hôpitaux et 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 2022–2023, aucune modification n'a été apportée à la loi concernant la transférabilité à l'intérieur du pays. De plus amples informations sur la [couverture pendant les absences temporaires à l'étranger](#) sont disponibles en ligne (en anglais seulement).

L'alinéa 16(1)(a) du *Hospitalization Benefits Regulation* porte sur le paiement des services et des biens hospitaliers qui sont offerts à l'extérieur de l'Alberta, mais au Canada aux patients internes et externes dans les hôpitaux. 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 2022–2023.

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

Conformément au *Alberta Health Care Insurance Regulation*, les résidents admissibles de l'Alberta qui sont temporairement absents du Canada sont couverts par le AHCIIP. Une disposition similaire est prévue dans l'*Hospitalization Benefits Regulation*.

Une personne est considérée comme étant absente temporairement de l'Alberta si elle séjourne à l'extérieur du Canada pour une période qui ne dépasse pas six mois consécutifs et si elle a l'intention de revenir en Alberta et d'y maintenir sa résidence permanente à la fin de son séjour à l'extérieur de l'Alberta.

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 \$ CA par jour (excluant le jour du congé). Le montant par visite en consultation externe est de 50 \$ CA, à raison d'une visite par jour. La seule exception est l'hémodialyse offerte aux patients non hospitalisés pour un coût maximum de 573 \$ CA 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 conformément au barème des prestations médicales.

Le AHCIP ne couvre pas les services de santé non urgents reçus par les Albertains lorsqu'ils voyagent dans un autre pays. Seules les demandes de remboursement de services médicaux et/ou hospitaliers d'urgence reçus à l'extérieur du Canada sont admissibles. L'article 12(2)(l) du *Alberta Health Care Insurance Regulation* énonce que les services fournis à l'extérieur du Canada qui sont offerts au Canada (autres que les services fournis lors d'une urgence en raison d'une maladie, d'une affection ou d'une blessure aiguë et inattendue nécessitant des soins médicaux sans délai à l'extérieur du Canada) ne sont pas des services assurés. De même, l'article 4(2)(e.1) du *Hospitalization Benefits Regulation* prévoit que les services fournis par un établissement à l'extérieur du Canada (autres que les services fournis lors d'une urgence découlant d'une maladie, d'une affection ou d'une blessure aiguë et inattendue nécessitant un traitement médical sans délai à l'extérieur du Canada) sans l'approbation préalable du ministre, à moins que le ministre donne d'autres directives, ne sont pas des services assurés.

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 des dépenses pour les services médicaux assurés et les services hospitaliers assurés présentés fournis à l'extérieur du Canada, lorsque :

- › le résident est admissible;
- › le résident avait l'intention de recevoir les services au Canada, mais ceux-ci ne sont pas disponibles et toutes les autres options au Canada ont été épuisées;
- › les services sont médicalement nécessaires et assurés;
- › les services seront fournis d'une façon qui est conforme aux normes de pratique acceptées en Alberta;
- › les services ne font pas partie d'une étude de recherche ou d'un essai clinique et ne sont pas un service expérimental.

Le comité est gouverné par le *Out-of-Country Health Services Regulation* au moment de prendre des décisions pour le remboursement de telles dépenses. Le comité peut uniquement approuver les demandes qui satisfont aux critères de demande et aux délais énoncés dans le *Out-of-Country Health Services Regulation*.

Il est possible de faire appel des décisions prises par le comité. Un appel peut être soumis par un médecin ou un dentiste de l'Alberta au nom d'un résident de l'Alberta au Out-of-Country Health Services Appeal Panel (le panel). Le panel peut uniquement examiner les renseignements fournis dans la demande présentée au comité et ne peut examiner de nouveaux renseignements. Le panel dispose de l'autorité nécessaire pour confirmer, modifier ou remplacer la décision du comité.

Le Out-of-Country Health Services Committee et le Out-of-Country Health Services Appeal Panel ont été mis sur pied aux termes de l'*Alberta Health Care Insurance Regulation* et leurs activités se poursuivent aux termes du *Out-of-Country Health Services Regulation* (MO 78/2006).

De plus amples informations sur la [couverture pendant les absences temporaires à l'étranger](#) sont disponibles en ligne (en anglais seulement).

L'article 16(1)(b) du *Hospitalization Benefits Regulation* porte sur le paiement des biens et services offerts aux résidents de l'Alberta reçus dans un hôpital ou un établissement approuvé à l'extérieur du Canada. L'article 5 du *Medical Benefits Regulation* porte sur le paiement de la prestation des services médicaux aux résidents de l'Alberta reçus à l'extérieur du Canada. Ces articles n'ont pas été modifiés en 2022–2023.

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 qui seraient facturés aux termes d'une entente interprovinciale de facturation réciproque des services médicaux et hospitaliers. Une demande préalable est requise pour les services facultatifs reçus dans une autre province ou un autre territoire du Canada pour les nouvelles procédures ou les procédures émergentes qui ne sont pas couvertes aux termes des ententes interprovinciales de facturation réciproque des services médicaux et hospitaliers pour les services assurés qui sont médicalement nécessaires, qui ne sont pas expérimentaux et qui ne sont pas disponibles en Alberta. Une demande préalable doit également 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 un médecin ou un dentiste albertain 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 du *Alberta Health Care Insurance Regulation* et reste en vigueur dans le cadre du *Out-of-Country Health Services Regulation (AR 86/2006)*. Le panel examine la demande et détermine s'il faut confirmer ou modifier la décision du comité faisant l'objet de l'appel, ou lui substituer une autre décision.



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 finance des réseaux de soins primaires (RSP). Les médecins et AHS sont tous deux responsables des RSP dans le cadre d'accords de coentreprise. Dans la plupart des cas, la société à but non lucratif des médecins et AHS concluent un accord de coentreprise aux termes duquel ils conviennent d'exploiter le RSP. Dans certains cas, AHS et les médecins concluent un accord de coentreprise et forment une société à but non lucratif pour exploiter le RSP. Dans les deux cas, le ministère de la Santé fournit des fonds de subvention pour l'exploitation du RSP.

Les RSP soutiennent les équipes interdisciplinaires formées de médecins de famille et d'autres professionnels de la santé qui fournissent des services de soins de santé primaires pour les patients. Chaque RSP a la latitude d'élaborer des programmes et de fournir des services afin de répondre aux besoins spécifiques 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 2023, l'Alberta comptait 40 RSP auxquels plus de 3,8 millions d'Albertains étaient liés à un RSP. Au total, 4 995 fournisseurs de soins primaires (y compris des médecins de famille, des médecins généralistes, des pédiatres et du personnel infirmier praticien) et l'équivalent de 1 176 autres fournisseurs de soins de santé travaillant à temps étaient inscrits à ce titre dans les 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 9(1.1) de la AHCIA contient une interdiction similaire pour les personnes visées à l'article 20.1 de la AHCIA.

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 exigé 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 ministère de la Santé par courrier, téléphone, par télécopieur ou par courriel, aux coordonnées suivantes :

Alberta Health

À l'attention de : Alberta Health Care Insurance Plan

C.P. 1360, 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 médecin ou le dentiste 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. L'unité évalue la conformité de la facturation, recouvre les fonds indûment payés et renseigne à propos des pratiques de facturation appropriées. 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.

Les paragraphes 9(2), 9(2.1) et 9(3) énoncent les mesures disciplinaires progressives que le ministre peut prendre pour intervenir en cas de surfacturation, en plus des mesures prises en vertu des articles 13 ou 14.

Le paragraphe 11(3) autorise le ministre à recouvrer de toute personne qui en perçoit le montant des frais interdits dans le cadre d'une action civile en recouvrement. Lorsque le ministre recouvre un montant en vertu du paragraphe 11(3), le paragraphe 11(4) exige qu'il rembourse le montant du recouvrement à la personne à laquelle cette somme a été facturée.

Le paragraphe 12(1) stipule qu'un médecin ou un dentiste qui participe au AHCIP et qui fournit des services assurés dans des circonstances où il sait, ou aurait raisonnablement dû savoir, qu'un montant a été facturé à une personne en violation de l'article 11 ne doit pas recevoir le paiement des prestations de la part du ministre pour ces services assurés. Le paragraphe 12(1.1) contient une interdiction similaire de recevoir des prestations pour une personne visée à l'article 20.1. Le paragraphe 12(2) prévoit ensuite que si des prestations ont été reçues en violation des paragraphes 12(1) ou 12(1.1), les sanctions prévues au paragraphe 9(2) de la AHCIA s'appliquent.

L'article 13 de la AHCIA énonce le droit du ministre de recouvrer des sommes reçues en violation des articles 9, 10 ou 12 par l'un ou plusieurs des moyens suivants :

- a) en retenant ces sommes des prestations payables au médecin, au dentiste ou à la personne mentionnée à l'article 20.1;
- b) en intentant une poursuite civile comme si ces sommes constituaient une dette envers la Couronne du chef de l'Alberta;
- c) conformément à une entente entre le ministre et le médecin, le dentiste ou la personne mentionnée à l'article 20.1 prévoyant le remboursement de ces sommes.

Le paragraphe 13(3) prévoit que le ministre doit rembourser une personne à laquelle des prestations peuvent être versées les montants recouverts en vertu de l'article 13 qui ont été payés par cette personne et n'ont pas été remboursés auparavant.

L'article 14 stipule que la violation des articles 9, 10, 11 ou 12 constitue une infraction pouvant donner lieu aux amendes prévues.

Les cliniques à adhésion ou à service de conciergerie peuvent restreindre l'accès aux services de santé assurés. Les cliniques offrent souvent des services assurés et non assurés et imposent des frais (adhésion annuelle ou abonnement) pour l'accès aux médecins et autres praticiens de la clinique. Le ministère de la Santé entreprend actuellement un projet sur la connaissance des entreprises qui servira de base à un audit des cliniques fonctionnant selon ces modèles d'entreprise. Les audits commenceront début 2024. Le ministère de la Santé examine également la législation pertinente et mène des recherches sur la manière dont d'autres provinces ou territoires gèrent des cliniques similaires. L'examen de la législation, la recherche provinciale et territoriale et les résultats de l'audit serviront de base à toute modification législative ou réglementaire qui pourrait s'avérer nécessaire.

Afin de garantir que les Albertains aient accès à des services de soins de santé sûrs et appropriés, le ministère de la Santé de l'Alberta s'est engagé à développer les soins virtuels et les solutions numériques. Santé Canada appuie une partie de ce travail dans le cadre d'une entente bilatérale d'environ 16 millions de dollars et d'une entente avec Inforoute Santé du Canada de 2 millions de dollars.

Le ministère de la Santé a défini quatre priorités stratégiques pour la prestation de soins virtuels en Alberta :

- › établir la stratégie provinciale en matière de cybersanté, y compris les soins virtuels;
- › élargir l'information et les capacités de MyHealth Records;
- › élaborer des services de messagerie sécurisée et de collaboration;
- › élaborer un cadre de protection de la vie privée et de sécurité pour les soins virtuels.

L'infrastructure de la santé est essentielle afin d'assurer qu'on satisfasse aux besoins de soins de santé actuels et futurs. Les ministères de la Santé et de l'Infrastructure, avec AHS, partagent la responsabilité de la planification et de la gestion du plan d'investissement en santé de l'Alberta 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 soutient les infrastructures de santé en finançant le développement du capital, y compris l'entretien et la rénovation des établissements de santé existants.

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. Le ministère de la Santé fournit des fonds de subventions pour accroître la capacité de soins continus en soutenant le développement d'espaces de soins continus pour les autochtones, les organisations privées et à but non lucratif, généralement par le biais de programmes de subventions concurrentiels qui encouragent le développement des infrastructures en fonction des besoins stratégiques, tout en garantissant le meilleur rapport qualité-prix. La *Regional Health Authorities Act* et la *Hospitals Act* stipulent également 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 plan d'immobilisations du budget 2022 a consacré 2,2 milliards de dollars sur trois ans pour lancer des dépenses de projets d'immobilisation, dont 50 millions de dollars pour l' University of Alberta Hospital Brain Centre, 49 millions sur trois ans pour le Provincial Pharmacy Central Drug Production and Distribution Centre, 142 millions sur deux ans pour la Norwood Tower au Gene Zwozdesky Centre, 116 millions pour terminer le Calgary Cancer Centre, 193 millions sur trois ans pour la réaménagement et l'expansion du Red Deer Regional Hospital Centre, et plusieurs autres projets d'immobilisation en santé.

Au cours de l'exercice 2022–2023, environ 841 millions de dollars à des projets de santé importants dans la province, y compris des systèmes de technologie et d'information, et la maintenance et le renouvellement d'établissements existants.

Le Rural Health Facilities Revitalization Program continue de financer les rénovations et des mises à niveau dans les plus petits établissements des communautés rurales dans l'ensemble de la province tandis que le Medical Equipment Replacement and Upgrade Program gère l'achat d'équipements modernes de diagnostic et de traitement pour AHS.

5.2 Rémunération des médecins

La AHCIa régit le paiement des réclamations de prestations pour l'offre de services médicaux assurés offerts par des médecins aux résidents admissibles de l'Alberta. En Alberta, le College of Physicians and Surgeons of Alberta (CPSA) 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 médecin (c.-à-d. défini par l'ACSP comme un montant fixe pour tous les services désignés non assurés fournis au cours d'une période donnée).

Aux termes du *Oral and Maxillofacial Surgery Benefits Regulation* (AR 86/2006), les prestations sont payables conformément aux règlements en vertu de la AHCIÀ pour les services de chirurgie buccale et maxillo-faciale fournis par un dentiste à un résident de l'Alberta.

Les médecins sont rémunérés par le AHCIP selon le mode de rémunération à l'acte, qui est en fonction du volume, ou selon d'autres modes de rémunération que la rémunération à l'acte autorisés en vertu de l'article 20 de la AHCIÀ. Voici quelques exemples de modèles de rémunérations alternatives : les Clinical Alternative Relationship Plans (ARP) et les Academic Medicine and Health Services Program master agreements (accords-cadres du programme de médecine et de soins de santé universitaires). Certains médecins de soins primaires sont rémunérés par le biais d'un « modèle de capitation mixte » qui permet aux médecins d'être rémunérés à l'acte ou par capitation via un ARP clinique.

Les ARP cliniques, Alberta Academic Medicine et les Health Services Program master agreements constituent des modèles de rémunération alternatifs au système traditionnel 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 plus prévisible fourni par les ARP cliniques et le Academic Medicine and Health Services Program master agreements permet aux groupes de médecins de recruter de nouveaux médecins et de les maintenir en poste pour appuyer la prestation de services.

Grâce aux ARP cliniques, le ministre rémunère les médecins pour la prestation d'un ensemble défini de services médicaux assurés à une population de patients spécifique (p. ex. comme les personnes diagnostiquées avec un œdème pulmonaire obstructif chronique).

Il existe deux Academic Medicine and Health Services Program master agreements, qui incluent l'Université de l'Alberta dans l'accord-cadre du « secteur nord », et l'Université de Calgary dans l'accord-cadre du « secteur sud ». Les ententes-cadres sont multipartites, incluant le ministre de la Santé, AHS, les médecins participants et l'université respective. Les accords-cadres comprennent des exigences en matière de responsabilité et de rapports pour AHS, les universités et les médecins participants. Les principaux thèmes de rendement comprennent notamment la prestation des services cliniques, l'administration et le leadership, la productivité en matière de recherche ainsi que la qualité de l'enseignement. Ces thèmes sont utilisés pour mesurer le rendement sur une base annuelle.

Le gouvernement de l'Alberta et l'Association médicale de l'Alberta (AMA) entretiennent une relation de longue date sous forme d'accords officiels. Le ministère de la Santé poursuit sa collaboration avec des médecins et l'AMA pour discuter des intérêts communs, comme la qualité des soins, la durabilité du système de soins de santé et la stabilité des pratiques des médecins. En octobre 2022, le ministère de la Santé et l'AMA ont signé un accord concernant la rémunération des services médicalement nécessaires fournis par les médecins et les programmes de soutien aux médecins. L'accord couvre la période allant du 1^{er} avril 2022 au 31 mars 2026 et décrit les augmentations annuelles des tarifs pour la rémunération de prestations payables aux médecins sur la base du paiement à l'acte (par le biais du barème des prestations médicales) ou sur une autre base que le paiement à l'acte (p. ex. selon d'autres modes de rémunération) pour la prestation de services assurés. L'accord prévoit également la poursuite ou la mise en place de divers programmes de soutien aux médecins, avec les budgets correspondants, et décrit diverses initiatives visant à revoir les programmes de soutien aux médecins et les budgets existants pendant la durée de l'accord.

Pour assurer la responsabilisation en vertu de la AHCI, le ministère de la Santé vérifie régulièrement les demandes de remboursement présentées par les médecins pour leurs prestations afin d'évaluer leur conformité à la AHCI. Le ministère de la Santé utilise des méthodes statistiques et d'évaluation du risque pour déterminer les erreurs ou les problèmes avec les demandes de remboursement payées aux termes de l'AHCI. 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 des conseils d'administration, soit la personne morale ou physique qui possède ou exploite l'hôpital, et comprend l'autorité régionale de la santé (c.-à-d. AHS). AHS ou des organisations sans but lucratif aux termes d'ententes de service conclues avec AHS exploitent les hôpitaux publics, conformément à la *Hospitals Act* et ses règlements. La *Health Facilities Act* (HFA) interdit l'exploitation d'hôpitaux privés.

La *Regional Health Authorities Act* régit le financement de AHS, la seule régie régionale de la santé de l'Alberta. Le ministère de la Santé assure le financement de AHS au moyen d'un financement de fonctionnement de base versé deux fois par mois. AHS détermine le financement accordé à chaque hôpital et les frais d'établissement pour les exploitants d'établissements chirurgicaux reconnus (ECR) ayant signé un contrat avec AHS pour la prestation de services chirurgicaux assurés.

La *Hospitals Act* et la HFA régissent la prestation des services chirurgicaux assurés et non assurés fournis par les hôpitaux publics et par les ECR. La HFA 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 proposée entre les administrateurs d'un ECA et l'autorité régionale de la santé (c.-à-d. AHS) afin que les services chirurgicaux assurés soient fournis dans l'ECR de l'exploitant. Les ECA doivent également être désignés par le ministre et agréés par le CPSA.

Conformément à la HFA, l'approbation ministérielle d'une entente proposée entre l'autorité régionale de la santé (c.-à-d. AHS) et l'exploitant d'un ECR à moins que :

- a) 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;
 - › que 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;
 - › que l'entente proposée contient des dispositions permettant de contrôler le respect par les médecins de ce qui est indiqué ci-après :
 - la *Health Professions Act* (HPA) et son Règlement en vertu de la HPA;
 - les règlements administratifs du CPSA;
 - le code de déontologie et les normes de pratique adoptés par le conseil du CPSA en vertu de la HPA.
- b) le ministre n'ait pas tenu compte de l'évaluation de l'entente proposée en ce qui a trait aux facteurs mentionnés au paragraphe 8(1.1). Conformément à l'article 8(1.1), le ministre, ou une personne désignée par le ministre, doit évaluer les ententes proposées en fonction de certains facteurs :
 - › l'accès aux services chirurgicaux assurés en Alberta;
 - › la qualité des soins;
 - › la rentabilité et les autres considérations économiques en Alberta;
 - › tout autre facteur que le ministre juge approprié.

Suivant les modalités de toute entente convenue entre l'autorité régionale de la santé (c.-à-d. AHS) et l'administrateur d'un ECA, l'autorité régionale de la santé convient de payer à l'administrateur les « frais d'établissement » prévus au contrat. Ces frais couvrent les frais généraux de l'établissement, comme l'équipement et le personnel. Les médecins qui fournissent des services chirurgicaux assurés à des patients dans un ECA reconnu sont rémunérés aux termes du AHCIIP. La rémunération versée au médecin est la même, que le médecin fournisse le service assuré dans un hôpital public ou dans un ECA.



6.0 RECONNAISSANCE ACCORDÉE AUX TRANSFERTS FÉDÉRAUX

Le gouvernement de l'Alberta a reconnu et déclaré publiquement la contribution du gouvernement fédéral au titre du Transfert canadien en matière de santé dans plusieurs documents publics, y compris :

- › [Budget 2022 – stratégie budgétaire](#) (en anglais seulement).
- › [Le Rapport annuel 2022–2023 du gouvernement de l'Alberta](#); (en anglais seulement).
- › [Le rapport annuel sur la santé 2022–2023](#) (en anglais seulement).

PERSONNES INSCRITES

	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
1. Nombre en date du 31 mars	4 700 840	4 783 609	4 825 270	4 913 180	5 106 110

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE

ÉTABLISSEMENTS PUBLICS	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
2. Nombre	228	228	228	231	231
3. Paiements pour des services de santé assurés (\$)	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS À BUT LUCRATIF	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
4. Nombre d'établissements privés à but lucratif offrant des services de santé assurés	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
5. Paiements aux établissements privés à but lucratif pour des services de santé assurés (\$)	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS AUX RÉSIDENTS DANS UNE AUTRE PROVINCE OU UN AUTRE TERRITOIRE¹

	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
6. Nombre total de demandes, patients hospitalisés	6 484	5 872	4 479	4 956	4 951
7. Total des paiements patients hospitalisés (\$)	48 297 039	45 985 705	34 951 536	43 435 985	46 820 271
8. Nombre total de demandes, patients externes	130 737	124 744	108 778	124 788	109 168
9. Total des paiements, patients externes (\$)	48 132 671	46 258 409	38 124 525	38 535 537	38 219 646

¹ Les données déclarées reflètent les demandes traitées jusqu'à trois mois après la clôture de l'exercice. Les demandes traitées après cette date ne sont pas prises en compte dans les informations présentées.

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA^{1,2,3,4}

PRÉ-APPROUVÉS	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
10. Nombre total de demandes, patients hospitalisés	3 672	3 225	622	1 062	1 674
11. Total des paiements, patients hospitalisés (\$)	349 087	307 394	61 787	103 693	166 244
12. Nombre total de demandes, patients externes	4 402	3 287	457	715	1 515
13. Total des paiements, patients externes (\$)	394 654	345 422	31 455	104 682	262 768
NON PRÉ-APPROUVÉS	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
14. Nombre total de demandes, patients hospitalisés	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
15. Total des paiements patients hospitalisés non pré-approuvés (\$)	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
16. Nombre total de demandes, patients externes non pré-approuvés	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
17. Total des paiements, patients externes non pré-approuvés (\$)	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d

¹ Les données déclarées reflètent les demandes traitées jusqu'à trois mois après la clôture de l'exercice. Les demandes traitées après cette date ne sont pas prises en compte dans les informations présentées.

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 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.

⁴ Les demandes dans notre système de données ne peuvent pas être séparées en demandes pré-approuvées ou non approuvées, par conséquent, les chiffres reflètent le total des demandes et des paiements tels que déclarés pour les années précédentes.

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE⁵

	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
18. Nombre de médecins participants ^{6,7}	10 326	10 618	10 631	10 816	11 085
19. Nombre de médecins ayant opté pour le retrait du régime d'assurance-santé ⁸	0	0	0	0	0
20. Nombre de médecins non participants	2	2	2	2	4
21. Total des paiements des services médicaux rémunérés pour l'ensemble des méthodes de paiement (\$)	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
22. Total des paiements des services médicaux rémunérés à l'acte (\$)	3 779 015 740	3 947 765 122	3 625 400 111	4 035 008 312	4 292 864 026

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

	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
23. Nombre de services	738 060	726 338	597 064	684 248	599 987
24. Total des paiements (\$)	35 826 012	35 406 860	27 115 215	30 346 947	30 795 005

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA^{9,10,11}

PRÉ-APPROUVÉS	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
25. Nombre de services	27 434	19 339	2 450	5 133	n/d
26. Total des paiements (\$)	2 204 584	1 653 886	201 756	463 970	n/d
NON PRÉ-APPROUVÉS	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
27. Nombre de services	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
28. Total des paiements (\$)	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d

⁵ Les données déclarées reflètent les demandes traitées jusqu'à trois mois après la clôture de l'exercice. Les demandes traitées après cette date ne sont pas prises en compte dans les informations présentées.

⁶ Le nombre de médecins comprend les médecins rémunérés à l'acte, ceux des autres modes de rémunération ou qui participent aux deux modes autorisés par l'article 20 de l'*Alberta Health Care Insurance Act*.

⁷ Sur les 11 085 médecins participants, 8 817 ont été rémunérés exclusivement à l'acte, 1 106 ont été rémunérés uniquement par le biais d'un accord ou d'une entente en vertu de l'article 20 de la AHCIA (c.-à-d. soit par le biais de l'un des accords-cadres du Programme de médecine et de services de santé universitaires, soit par le biais d'un régime Alternative Relationship Plan) et les 1 162 restants ont été rémunérés à la fois à l'acte et par le biais d'un accord ou d'une entente autorisé en vertu de l'article 20 de la *Health Care Insurance Act*.

⁸ 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 l'*Alberta Health Care Insurance Act*.

⁹ 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 2022–2023.

¹⁰ 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.

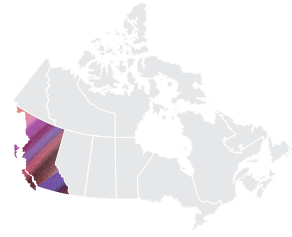
¹¹ Les demandes dans notre système de données ne peuvent pas être séparées en demandes pré-approuvées ou non pré-approuvées, par conséquent, les chiffres reflètent le total des demandes et des paiements tels que déclarés pour les années précédentes.

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

	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
29. Nombre de dentistes participants	226	219	182	189	166
30. Nombre de dentistes ayant opté pour le retrait du régime d'assurance-santé ¹²	0	0	0	0	0
31. Nombre de dentistes non participants ¹²	0	0	0	0	0
32. Nombre de services fournis	42 766	46 593	49 024	60 568	68 114
33. Total des paiements (\$)	12 616 145	13 967 172	15 344 493	18 952 367	21 482 596

¹² 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 l'*Alberta Health Care Insurance Act*.

COLOMBIE-BRITANNIQUE



La Colombie-Britannique (C.-B.) 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 C.-B. conformément aux principes directeurs de la *Loi canadienne sur la santé*. Le ministère de la Santé de la C.-B. a la responsabilité générale de veiller à ce que soient offerts à tous les résidents de la C.-B. des services de santé de qualité appropriés et en temps opportun.

Pour en savoir plus sur le système de santé public de la C.-B., veuillez consulter le [plan de services du ministère de la Santé 2022–2023 à 2024–2025](#) (en anglais seulement).



1.0 GESTION PUBLIQUE

1.1 Régime d'assurance-santé et autorité publique

Le ministère de la Santé (le Ministère) est tenu, en vertu de la *Medicare Protection Act* (MPA), de préserver un système de soins de santé public financièrement viable pour la Colombie-Britannique (C.B.) et de favoriser l'accès aux soins médicaux nécessaires en fonction des besoins et non de la capacité de payer de l'individu. Le Ministère a la responsabilité générale de veiller à ce que les services de santé répondent aux besoins de tous les Britanno-Colombiens en offrant des services accessibles où que l'on se trouve dans la province et de soutenir une prestation de services opportune, de grande qualité, appropriée, équitable et rentable. Bien que le Ministère ait la responsabilité globale des autorités de la santé de la province, ces dernières sont les principales organisations responsables de la prestation des services de santé. Cinq autorités régionales de la santé offrent toute la gamme des services de santé pour répondre aux besoins de la population dans leur région géographique respective et sont soumises à la *Health Authorities Act*. Une sixième autorité de la santé, la Provincial Health Services Authority (PHSA), régie par la *Societies Act*, est responsable des politiques cliniques provinciales, de la prestation des services cliniques provinciaux, des services commerciaux provinciaux et des services et de la planification et des services provinciaux de gestion numérique et d'information et de technologie de l'information.

Le Ministère travaille en partenariat avec les Premières Nations, les Métis et les organisations autochtones urbaines pour combler les lacunes en matière de santé se rapportant aux populations autochtones de la C.-B. Voilà plus d'une décennie que le Ministère a noué des relations avec la Régie de la santé des Premières Nations (RSPN) et le Conseil de la santé des Premières Nations. La RSPN qui soutient la santé et le mieux-être des membres des Premières Nations en C.-B. est responsable de la planification, de la gestion, de la prestation de services et du financement des programmes de santé des Premières Nations en C.-B. en partenariat avec les communautés des Premières Nations. La RSPN reçoit des fonds fédéraux destinés à l'administration du programme de de prestations de soins de santé des Premières Nations, qui couvre les services et les soutiens

liés à la santé fournis aux Premières Nations de la C.-B. afin de répondre aux besoins médicaux et dentaires qui ne sont pas financés au titre de la *Loi canadienne sur la santé*; cette couverture étant offerte en partenariat avec la Croix Bleue du Pacifique, BC PharmaCare, les Premières Nations et Services aux Autochtones Canada. Le Ministère travaille aussi avec Métis Nation BC, comme en témoigne le Métis Nation Relationship Accord II (2016), ainsi qu'avec l'Association des centres d'amitié autochtones de la C.-B., en vue de soutenir la santé et le bien-être des Métis, des membres des Premières Nations en milieu urbain et des peuples inuits de l'ensemble de la province. Le Ministère a conscience que le dialogue doit se poursuivre concernant la mise en œuvre de la *Declaration of the Rights of Indigenous Peoples Act* (DRIPA) de la C.-B., tant du point de vue des autorités de la santé, que de celui de la province, des Premières Nations, des Métis et des Inuits. L'établissement de relations et la reconnaissance des titulaires de droits doivent faire consensus au sein du gouvernement, ce dont feront foi l'évolution des partenariats existants et l'établissement concertée de nouvelles voies à suivre au besoin. Les efforts déployés en permanence par les autorités de la santé en collaboration avec d'autres partenaires clés pour lutter contre le racisme envers les Autochtones, suivant les recommandations du rapport *In Plain Sight*, sont au fondement de cette démarche.

Le Medical Services Plan (MSP) de la C.-B., qui est géré par la Medical Services Commission (MSC) au nom du gouvernement de la C.-B., offre aux bénéficiaires une protection en matière de soins de santé (y compris pour les services diagnostiques) et effectue les paiements correspondants aux médecins et autres professionnels de la santé.

Le MSP est administré en vertu de la MPA. La MPA a pour objet de préserver un système public de soins de santé économiquement viable pour la C.-B. 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. Sous le régime de la MPA, la fonction et le mandat législatif de la MSC visent à faciliter un accès raisonnable, dans l'ensemble de la C.-B., 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, de trois représentants de l'Association des médecins de la C.B. (Doctors of BC) et de trois membres du public nommés conjointement par Doctors of BC et le gouvernement de la Colombie-Britannique pour représenter les bénéficiaires. À compter du 9 mars 2023, des modifications de la MPA sont entrées en vigueur afin de remplacer toute référence à la BC Medical Association par le terme « Association of Doctors of BC », à la suite du changement de la dénomination légale enregistrée de l'organisation. Le *Medical and Health Care Services Regulation* (en vertu de la MPA) a également fait l'objet de modifications au cours de la période de référence 2022–2023 de façon à refléter le nouveau nom de l'organisation, soit « Association of Doctors of BC ».

Les services hospitaliers généraux sont financés par l'État en C.-B. en vertu de la *Hospital Insurance Act* (HIA), du *Hospital Insurance Act Regulations*, de la *Hospital Act* et de la *Hospital District Act*.

Les services de laboratoire médicalement nécessaires (y compris les analyses de laboratoire pour les patients hospitalisés et les patients externes) sont financés par les fonds publics en vertu de la *Laboratory Services Act* (LSA). Le ministre est responsable de toutes les questions liées aux services de laboratoire (y compris les processus d'examen des tests et d'approbation des établissements), à la gouvernance, à la responsabilisation et à la prestation de tous les services de laboratoire de la C.B. Le 29 juin 2018, le ministre a délégué la responsabilité de l'exécution de certaines fonctions opérationnelles (en vertu de la LSA) aux services médicaux de laboratoire de la province (auparavant l'Agency for Pathology and Laboratory Medicine de la C.B.), 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.

Le 1^{er} septembre 2022, le College of Dental Hygienists of British Columbia, le College of Dental Surgeons of British Columbia, le College of Dental Technicians of British Columbia et le College of Denturists of British Columbia ont fait l'objet d'une fusion et forment désormais le British Columbia College of Oral Health Professionals. Cette fusion a été mise en œuvre dans le cadre d'une initiative de modernisation des professions de la santé que la province entreprend actuellement et qui vise à améliorer la protection du public et à accroître la responsabilisation et la transparence du cadre réglementaire actuel des professions de la santé. Cette initiative découle des [recommandations formulées par le comité directeur sur la modernisation du Health Professional Regulation](#) (document en anglais seulement).

Aux fins de la mise en œuvre de la fusion, le *Health Professions Designation and Amalgamation Regulation*, le *Dental Hygienists Regulation*, le *Dental Technician Regulation*, le *Dentists Regulation* et le *Denturists Regulation*, ont été modifiés en vertu de la *Health Professions Act*, et ont entraîné la modification d'autres règlements, dont le *Laboratory Services Regulation* (en vertu de la LSA) et le *Hospital Act Regulations* (en vertu de la *Hospital Act*) pour refléter le nouveau nom du collège issu de la fusion.

En outre, la MPA, la LSA et d'autres lois et règlements ont fait l'objet de modifications qui sont entrées en vigueur le 30 mars 2023 et qui visaient à remplacer les formulations binaires générées par des termes neutres.

1.2 Liens hiérarchiques

Le Ministère fournit des renseignements sur le rendement du système public de santé de la C.-B. dans son rapport sur le plan de services, le [rapport annuel sur le plan de services 2022–2023](#) (en anglais seulement) étant la publication pertinente pour la période de référence abordée dans le

présent document. L'équipe des Comptes publics publie chaque année le rapport annuel sur le plan de services au plus tard le 31 août. 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. Les [plans de services](#) et les [rapports annuels sur les plans de services](#) se trouvent sur le [site Web du ministère de la Santé du gouvernement de la C.-B.](#) (en anglais seulement).

La MSC rend compte au gouvernement de la Colombie-Britannique par l'entremise du ministre. Le [rapport annuel de la MSC](#) (en anglais seulement), qui fait le point sur les activités de la MSC, et de ses comités consultatifs et autres instances déléguées, est publié chaque année pour l'exercice précédent.

Les autorités de la santé régionales et la PHSA ont des conseils d'administration indépendants. Cependant, les conseils d'administration rendent compte au public par l'intermédiaire du ministre et relèvent de ce dernier pour ce qui est de l'intendance, de même que les autorités régionales de la santé sont tenues de suivre les directives émanant de lui. Les présidents des conseils reçoivent des lettres de mandat du ministre, qui sont affichées publiquement sur le site Web de chacune des autorités sanitaires. Les membres des conseils des autorités de la santé sont tenus de signer une lettre de mandat qui en énonce les principes généraux applicables à l'ensemble du secteur public ainsi que les orientations spécifiques du ministre concernant les priorités auxquelles doit s'atteler leur autorité de la santé.

La FNHA ne reçoit pas de lettres de mandat, en raison du partenariat unique qu'ont conclu les Premières Nations de la C.-B. et la province en matière de gouvernance. Une lettre de responsabilisation réciproque les lie plutôt. Cette lettre indique ce qui est attendu de la FNHA et du Ministère en matière de travail et de responsabilité en ce qui concerne la planification, l'administration, la prestation et la supervision des services destinés à favoriser la santé et le bien-être des Premières Nations en C.-B.

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 de la C.-B., déterminent 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 C.-B.](#) (en anglais seulement);
- › le Bureau du vérificateur général (BVG) de la C.-B. 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 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 C.B., que l'on peut consulter sur le [site Web du gouvernement de la C.B.](#) (en anglais seulement). Les vérifications et les rapports spéciaux du BVG sont accessibles sur le site Web du [Bureau du vérificateur général de la C.B.](#) (en anglais seulement).

1.4 Organisme désigné

Depuis 2005, le Ministère retient les services d'un prestataire en ce qui concerne divers services et opérations administratives du MSP (le régime d'assurance-maladie de la province) et de PharmaCare (le régime d'assurance-médicaments de la province), notamment pour répondre aux demandes de renseignements du public, ainsi que pour procéder à l'inscription des clients et au traitement des demandes de règlement pour frais médicaux et pharmaceutiques des professionnels de la santé. La prestation de ces services et de ces opérations administratives est assurée dans le cadre du programme Health Insurance BC (HIBC), un tiers ayant le contrat d'exploiter HIBC. HIBC traite les paiements pour les services de soins de santé conformément aux barèmes d'honoraires approuvés par la MSC et traite les demandes de remboursement de médicaments et de services de pharmacie sous le régime de la *Pharmaceutical Services Act*. De plus, HIBC présente au Ministère des rapports mensuels sur les niveaux de service fournis au public et aux fournisseurs de soins de santé. Les fonctions d'établissement des politiques et de prise de décisions en ce qui concerne ces services continuent de relever du Ministère.

De 2005 à 2023, le programme HIBC était exploité par MAXIMUS Canada (entreprise aussi appelée MAXIMUS BC), en fonction d'une série de contrats qui sont arrivés à échéance à la fin de l'exercice 2022–2023. En août 2022, PBC Solutions (une filiale de Pacific Blue Cross Health Benefits Society) a obtenu le contrat d'exploitation du programme HIBC. Le passage de MAXIMUS Canada à PBC Solutions en tant qu'exploitant du programme HIBC a eu lieu le 21 mai 2023, après la période de référence visée par le présent rapport.

HIBC doit 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 applicables 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).



2.0 INTÉGRALITÉ

2.1 Services hospitaliers assurés

La *Hospital Act* et le *Hospital Act Regulation* 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 (aussi appelés établissements 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 médicalement nécessaires sont des prestations financées par l'État. Il n'existe pas de processus d'examen périodique ou régulier des services hospitaliers publics, car ces services sont censés être inclusifs.

Tous les services hospitaliers qui étaient financés en 2021–2022 ont continué d'être financés en 2022–2023.

Lorsqu'ils sont médicalement nécessaires, les services et produits suivants sont fournis sous la forme de prestations aux patients visés qui se trouvent 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 dans un hôpital, telles qu'elles sont approuvées par le ministre, 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;
- › 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 bénéficiaires qui sont des patients externes :

- › les services d'urgence;
- › 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 cidessous, qui sont précisés dans le *Medical and Health Care Services Regulations* pris en vertu de la MPA, sont offerts aux bénéficiaires qui sont des patients en consultation externe. Selon le cas, les services peuvent être offerts dans des hôpitaux ou dans des établissements privés que la Medical Services Commission (MSC) a approuvés pour fournir le service :

- › la radiologie diagnostique, y compris la tomographie axiale commandée par ordinateur (en anglais seulement);
- › les techniques d'imagerie échographique (en anglais seulement);
- › les scintigraphies en médecine nucléaire (en anglais seulement);
- › la polysomnographie (en anglais seulement);
- › la fonction pulmonaire (en anglais seulement);
- › l'électromyographie (en anglais seulement);
- › l'électroencéphalographie (en anglais seulement).

Les services de laboratoire médicalement nécessaires pour les patients hospitalisés et les patients externes sont fournis en vertu de la *Laboratory Services Act* (LSA).

Les services hospitaliers assurés sont fournis sans frais aux bénéficiaires, à quelques exceptions près, notamment :

- › les frais supplémentaires des fournitures, des appareils ou des services médicaux ou chirurgicaux privilégiés par rapport à ceux qui sont médicalement nécessaires (les patients ne doivent pas se voir imposer de frais pour le matériel, les appareils ou les services « supérieurs » si ceux-ci sont fournis uniquement parce que le produit standard n'était pas disponible au moment où le service assuré a été rendu);

- › l'hébergement non standard en chambre individuelle ou semi-privée, s'il est fourni à la demande du patient (et lorsque ce type d'hébergement n'est pas médicalement nécessaire et qu'un lit dans une salle commune est disponible);
- › 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 [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 doivent respecter les politiques de soins à domicile et de soins communautaires pour établir quelles prestations sont couvertes dans de tels cas);
- › d'autres exceptions sont énumérées à la section 2.4 ciaprès.

Conformément à la définition de « services assurés » (benefits) de la MPA, les services diagnostiques comme les examens d'IRM et de TDM sont des services assurés seulement s'ils sont offerts dans une installation approuvée par la MSC. Pendant l'exercice 2022–2023, aucun changement n'a été apporté à la législation ou à la réglementation concernant les paiements des patients pour des services fournis dans des installations de diagnostic privées (non approuvées).

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 C.B. inscrits au Medical Services Plan [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 C.-B., 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 2022–2023, 12 683 médecins étaient inscrits au MSP et ont reçu des paiements par l'entremise de la facturation à l'acte. Au 31 mars 2023, 2 607 médecins étaient inscrits et recevaient des paiements par l'intermédiaire du modèle de rémunération longitudinal pour les médecins de famille (LMF).

Outre les médecins et les dentistes, les professionnels de la santé qui peuvent s'inscrire et fournir des prestations dans le cadre du MSP sont les sages-femmes, les optométristes, les ostéopathes et les praticiens offrant des services supplémentaires (p. ex. les chiropraticiens et les massothérapeutes). Les infirmières et infirmiers praticiens ne sont pas inclus dans la liste précédente étant donné qu'ils s'inscrivent pour obtenir un numéro de praticien, mais ne fournissent pas de services assurés par le MSP et ne figurent pas de façon indépendante à titre de professionnels de la santé dans la MPA. De plus, le personnel infirmier autorisé certifié (IA(C)), le personnel infirmier autorisé (IA) et le personnel infirmier psychiatrique autorisé (IPA) sont habilités à demander de façon autonome que les bénéficiaires admissibles du MSP subissent certains tests de laboratoire approuvés et médicalement nécessaires qui sont définis comme relevant de leur champ de pratique conformément au British Columbia College of Nurses and Midwives. Ce programme est particulièrement avantageux pour les patients vivant dans des collectivités où il n'y a aucun médecin ou infirmier praticien traitant, mais qui ont accès à des soins infirmiers offerts par un IA(C), un IA ou un IPA. Les IA(C), les IA et les IPA n'ont pas à soumettre de renseignements sur la facturation au MSP; ils peuvent uniquement aiguiller les patients vers les services de laboratoire approuvés.

Pour les bénéficiaires admissibles, le programme de prestations supplémentaires en santé assure le paiement partiel des services suivants : acupuncteur, massothérapeute, physiothérapeute, chiropraticien, naturopathe et podiatre (services podiatriques non chirurgicaux). Le programme verse 23 \$ par patient pour le coût d'une visite, jusqu'à concurrence de dix visites par patient par année pour l'ensemble des six types de fournisseurs. L'admissibilité au programme est fondée sur le revenu, lequel est vérifié au moyen du processus de vérification de l'Agence du revenu du Canada qui a lieu une fois par année. Les clients du Ministry of Social Development and Poverty Reduction (ministère du Développement social et de la Réduction de la pauvreté) peuvent être admissibles à un paiement pouvant aller jusqu'à douze visites supplémentaires par année. Les praticiens inscrits au MSP peuvent choisir de participer ou non. Les praticiens qui ont choisi de participer facturent directement au MSP les services offerts aux bénéficiaires du MSP. Un praticien participant ne peut pas facturer un service assuré directement au patient. Les praticiens non participants facturent directement aux patients les services assurés. Les praticiens inscrits qui désirent se retirer du MSP doivent en aviser par écrit la MSC. Les bénéficiaires peuvent soumettre au MSP une demande de remboursement à l'égard des frais des services reçus. Conformément à la MPA, un médecin non participant ne peut pas exiger à un patient des frais de service supérieurs au montant prescrit par le MSP.

Les médecins non inscrits n'adhèrent pas au MSP. Par conséquent, les services fournis par un médecin qui n'est pas inscrit au MSP ou dont l'inscription a été annulée ne sont pas assurés et ne sont pas remboursés par le MSP. Selon la loi, plus précisément sous le régime de la MPA, les médecins non inscrits en C.-B. ne peuvent pas facturer aux patients un montant supérieur à celui du MSP pour un service assuré fourni dans un hôpital ou un établissement de soins communautaires, ou un autre lieu énoncé dans la MPA.

Aux termes de l'ententecadre avec les médecins (ECM) entre le gouvernement de la C.B., 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 de la C.B. Au cours de l'exercice 2022–2023, 36 nouveaux types de services médicaux nets ont été ajoutés au barème d'honoraires de la MSC afin de refléter les normes de pratique actuelles, notamment vingt nouveaux services en chirurgie générale et vasculaire, ainsi que cinq nouveaux services en orthopédie.

Par ailleurs, un service général a été modifié, et un autre a été retiré du barème d'honoraires de la MSC au cours de l'exercice 2022–2023 : les tests cutanés (diagnostic) et la vaccination contre la variole. Ces services ont été modifiés ou supprimés à des fins de clarté, pour que les médecins sachent comment facturer les injections et la vaccination chez les populations pédiatrique et adulte.

De plus, dans le cadre de la réponse à la pandémie de COVID-19 et de la planification connexe, des modifications temporaires au barème d'honoraires de la MSC ont été apportées en 2019–2020, en 2020–2021, en 2021–2022 et en 2022–2023 pour appuyer l'accès aux services médicaux pendant la pandémie, y compris les soins virtuels et la vaccination.

Les changements temporaires apportés aux honoraires sont les suivants :

- › modification du libellé du préambule général concernant les services de télésanté pour permettre l'utilisation de codes d'honoraires « en personne » pour les consultations, les consultations au bureau du médecin et les interventions autres que les procédures lorsqu'il n'existe aucun code d'honoraires de télésanté, y compris pour les appels téléphoniques;
- › établissement de nouveaux codes d'honoraires pour les médecins de famille et les spécialistes afin d'appuyer la prestation de services virtuels et la communication entre médecins;
- › élimination de la restriction selon laquelle des frais d'échographie en temps réel ne peuvent être exigés que lorsque le médecin se trouve dans l'établissement de services diagnostiques pour assurer la supervision de l'échographie diagnostique;
- › modification de la liste des honoraires admissibles au titre de la prime des coûts opérationnels de manière à inclure les frais liés à la télésanté;
- › autorisation du counselling par téléphone;
- › établissement d'honoraires liés aux services de télésanté en fonction de l'âge, correspondant aux honoraires actuels des médecins de famille pour des consultations, des visites et des services de counselling en personne afin de remplacer les honoraires liés aux services de télésanté qui ne varient pas en fonction de l'âge;
- › établissement d'honoraires pour appuyer la vaccination contre les maladies respiratoires (y compris la grippe) et contre la COVID-19, y compris les conseils sur la vaccination contre la COVID-19;

- › établissement d'honoraires supplémentaires pour la complexité des soins périopératoires en raison de la COVID-19;
- › établissement d'un mode d'évaluation des honoraires liés aux produits thérapeutiques contre la COVID-19.

Le barème de rémunération longitudinal pour les médecins de famille

Le modèle de rémunération longitudinal pour les médecins de famille (LMF) a été mis au point par le Ministère en consultation avec Doctors of BC et BC Family Doctors. Le modèle de rémunération LMF est une nouvelle option qui s'offre aux médecins de famille, et à leurs suppléants, qui fournissent en clinique, à une patientèle donnée, des soins de médecine familiale longitudinaux fondés sur les relations, dans un contexte qui correspond à la notion de Centre de médecine de famille. Le modèle de rémunération LMF a été lancé le 1^{er} février 2023, et le barème de rémunération se trouve [ici](#) (en anglais seulement).

Le modèle de rémunération LMF s'appuie sur trois bases : le temps; les interactions entre le médecin et les patients; l'envergure et la complexité de la patientèle du médecin. Les éventuelles modifications du modèle de rémunération LMF sont régies par un protocole d'entente conclu par la province, Doctors of BC et la MSC, et toutes modifications sont mises en œuvre d'un commun accord entre ces parties.

2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

Dans certaines circonstances, l'hospitalisation d'un patient des services internes ou externes est jugée médicalement nécessaire pour effectuer de façon appropriée et sans danger des services de chirurgie dentaire. Dans de tels cas, le volet 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. De plus, les services dentaires qui sont fournis dans des établissements chirurgicaux détenus/exploités par le secteur privé aux termes d'un contrat avec une autorité de la santé, et qui figurent dans le barème d'honoraires des soins dentaires, sont des services assurés au titre du MSP. Au cours de la période de rapport de 2020–2021, le *Medical and Health Care Services Regulation* a été modifié pour autoriser le paiement des services de chirurgie buccale et maxillofaciale dans le contexte d'une urgence de santé publique. Cette autorisation était en vigueur durant la période de rapport de 2022–2023, et aucune autre modification n'a été apportée au cours de cette période.

Les actes de chirurgie dentaire financés par l'État comprennent les chirurgies qui visent à remédier à un trouble de la cavité buccale ou d'un élément fonctionnel de la mastication. En général, ces actes comprennent 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 interventions dentaires financées par le MSP sont établies au moyen de la négociation d'une entente entre l'Association dentaire de la C.B. (BCDA) et le gouvernement de la C.B. Il n'y a pas de consultations publiques. L'entente énonce tout changement aux prestations liées à des interventions chirurgicales-dentaires pendant la durée de l'entente, y compris toute intervention supplémentaire considérée comme un service assuré. Les ajouts ou les modifications à la liste de services sont gérés par le MSP, sur l'avis du Dentistry Advisory Committee, qui se compose de représentants du ministère de la Santé et de représentants de la BCDA. Les ajouts et les modifications au barème des services dentaires doivent être approuvés par le Dentistry Special Committee (en vertu de la MPA). Une nouvelle entente est en cours de négociation pour la période de 2022 à 2025.

Tout dentiste généraliste membre en règle du British Columbia College of Oral Health Professionals, inscrit au MSP et possédant des droits hospitaliers peut offrir des services de chirurgie dentaire dans un hôpital ou un autre établissement approuvé. En 2022–2023, 199 dentistes (dentistes généralistes, spécialistes en dentisterie pédiatrique, chirurgiens buccaux et maxillo-faciaux, spécialistes en médecine buccodentaire et orthodontistes) étaient inscrits au MSP et facturaient des services dans le cadre de celui-ci.

Les dentistes doivent être membres du British Columbia College of Oral Health Professionals pour avoir le droit de pratiquer, mais ne sont pas tenus de participer au MSP. S'ils décident de participer, ils doivent s'inscrire au MSP pour pouvoir recevoir le paiement des services assurés du MSP. Les dentistes qui s'inscrivent au MSP peuvent choisir de ne pas facturer les services assurés au MSP, et les facturer directement au patient. Le patient peut ensuite présenter une demande de remboursement des services assurés au MSP.

2.4 Services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

La nécessité médicale est le critère du financement public des hôpitaux et des services médicaux. Sont exclus de la couverture les médicaments à emporter par les patients externes et tout médicament non approuvé cliniquement par l'hôpital. Les autres services exclus du financement public au titre de la *Hospital Insurance Act* et de son Règlement comprennent :

- › les services fournis par le personnel médical qui n'est pas employé ni privilégié par l'hôpital, ou 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 (précisés à l'article 5.22 du *Hospital Insurance Act Regulations*).

Les services hospitaliers non financés par l'État comprennent également :

- › l'hébergement non standard en chambre individuelle ou semi-privée, s'il est fourni à la demande du patient (et lorsque ce type d'hébergement n'est pas médicalement nécessaire et qu'un lit dans une salle commune est disponible);
- › les frais supplémentaires des fournitures, des appareils ou des services médicaux ou chirurgicaux privilégiés par rapport à ceux qui sont médicalement nécessaires (les patients ne doivent pas se voir imposer de frais pour le matériel, les appareils ou les services « supérieurs » si ceux-ci sont fournis uniquement parce que le produit standard n'était pas disponible au moment où le service assuré a été rendu);
- › 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;
- › d'autres exceptions énumérées à la section 2.1 ci-dessus.

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 C.-B. Par contre, les bénéficiaires (sous réserve d'une exemption fondée sur le revenu) doivent payer les 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 services qui ne sont pas jugés médicalement nécessaires, comme la chirurgie esthétique à des fins purement esthétiques;
- › les services dentaires, sauf ceux qui figurent dans la liste des services couverts;
- › les examens périodiques de la vue pour les personnes de 19 à 64 ans;
- › les lunettes, les prothèses auditives et les autres équipements ou les appareils;
- › les médicaments d'ordonnance (la couverture est assurée par PharmaCare⁹, le régime d'assurance-médicaments);
- › les services d'acupuncture, de chiropractie, de massothérapie, de naturopathie, de physiothérapie et les services podiatriques non chirurgicaux (à l'exception des bénéficiaires du MSP admissibles à des prestations supplémentaires);

⁹ Voir la section 2.1 pour des renseignements sur les médicaments assurés, etc., pour les patients hospitalisés et en consultation externe.

- › les services préventifs et les examens de dépistage dont l'efficacité médicale n'est pas étayée par des données probantes (par exemple, les examens physiques annuels « complets » courants, la tomodensitométrie du corps entier, le test de dépistage de l'antigène prostatique spécifique, etc.);
- › les services de conseillers ou de psychologues;
- › les examens, les certificats ou les tests à des fins non médicales, notamment ceux qui sont exigés dans les cas suivants :
 - › conduite d'un véhicule à moteur;
 - › emploi;
 - › assurance-vie;
 - › école ou université;
 - › activités récréatives ou sportives;
 - › immigration.
- › la fécondation in vitro;
- › les chirurgies visant à rétablir la fécondité (sauf lorsque la stérilité est consécutive à une blessure).

En ce qui concerne le MSP, la MSC a le pouvoir de déterminer quels sont les services qui ne sont pas assurés.

Des changements temporaires ont été apportés aux frais d'hospitalisation en réponse à la pandémie de COVID-19. Afin d'éliminer les obstacles potentiels aux soins de santé liés à la COVID-19 dans les hôpitaux de soins actifs pendant la crise sanitaire de COVID-19, un changement temporaire à la politique concernant les biens et les services assurés en milieu hospitalier est entré en vigueur le 21 mai 2020. La politique de modification temporaire du financement des biens et des services dans les hôpitaux en raison de la COVID-19 offre une suspension des frais qui vise uniquement les biens et les services reçus dans un hôpital en lien avec la COVID-19 pour les personnes qui ne sont pas admissibles à la couverture du MSP (p. ex. les personnes ayant un statut d'immigration précaire), et elle s'harmonise avec la [réponse du MSP à la pandémie de COVID-19](#) (en anglais seulement). Selon cette politique temporaire s'appliquant à tous les hôpitaux de soins actifs dans la province :

- › les patients non admissibles au MSP n'auront aucuns frais à payer pour des traitements médicalement nécessaires liés à la COVID-19 (c.à.d. services et biens) dans les hôpitaux de la C.B.;
- › les biens et les services en milieu hospitalier reçus par des personnes non admissibles au MSP pour des affections non liées à la COVID-19 demeureront non assurés.



3.0 UNIVERSALITÉ

3.1 Admissibilité

L'article 7 de la MPA énonce l'exigence d'inscription au Medical Services Plan (MSP) pour les résidents de la Colombie-Britannique (C.B.). Il faut être résident de la C.-B. pour être admissible aux services de santé assurés de la province.

L'article 1 de la MPA définit un résident comme une personne qui soit est réputée résidente en vertu du règlement, soit respecte les conditions suivantes :

- › est citoyenne du Canada ou est légalement admise au Canada pour y obtenir la résidence permanente;
- › a établi sa résidence en C.B.;
- › est physiquement présente en C.B. pendant au moins six mois au cours d'une année civile, ou pendant une période prescrite plus courte.

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 les personnes se trouvant en C.B. à titre de touristes ou de visiteurs. Le 22 avril 2022 sont entrées en vigueur des modifications du *Medical and Health Care Services Regulation* visant à ce que les personnes admises au Canada en vertu d'une Autorisation de voyage d'urgence Canada-Ukraine délivrée par le gouvernement du Canada soient considérées comme résidant dans la province pour l'application de la MPA, dans la mesure où elles s'installent en C.-B. et y sont physiquement présentes au moins six mois par année civile, ou pendant une période prescrite plus courte.

Les résidents qui ne veulent pas participer au régime d'assurance-santé de la C.B. peuvent choisir de ne pas participer au programme financé par l'État. Les personnes sont tenues de remplir une déclaration de retrait et de la soumettre à la Medical Services Commission (MSC). Une fois signée, la déclaration est irrévocable et fait en sorte que le résident est responsable du coût total de tous les services hospitaliers et médicaux et des autres services de santé qu'il pourrait 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 armées 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 les membres des Forces canadiennes immédiatement après leur cessation d'emploi ou leur retour d'une période d'affectation à l'étranger, ainsi que les détenus des pénitenciers fédéraux immédiatement après leur libération.

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 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 C.B.

À la fin de la période de référence, le 31 mars 2023, 5 552 934 résidents britanno-colombiens étaient inscrits au MSP.

3.2 Autres catégories de personnes

Les diplomates, les titulaires d'un permis d'études ou d'un permis de travail dont la validité est de six mois ou plus (ainsi que leur conjoint et leurs enfants), les demandeurs du statut de résident permanent qui sont le conjoint ou l'enfant d'un résident admissible et les personnes qui sont arrivées en Colombie-Britannique en vertu de l'Autorisation de voyage d'urgence Canada-Ukraine sont admissibles à l'inscription et aux services s'ils sont réputés être des résidents au titre de la MPA et conformément à l'article 2 du *Medical and Health Care Services Regulation*, pris au titre de la MPA.

3.3 Primes

Jusqu'au 1^{er} janvier 2020, la MPA et le *Medical and Health Care Services Regulation* autorisaient la MSC à percevoir les primes des bénéficiaires. Comme l'a annoncé le gouvernement de la C.B., 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.

Les programmes d'aide aux primes remontant à la période avant le 1^{er} janvier 2020 demeurent offerts de manière rétroactive.

Dès le 2 juillet 2013, Santé Canada a transféré à la Régie de la santé des Premières Nations (RSPN) les fonds qui étaient utilisés par le passé pour payer les primes des résidents qui sont des membres inscrits des Premières Nations. Au cours des trois premières années, 25 pour cent du montant transféré a été mis de côté par la RSPN pour appuyer la création de nouveaux services de soins primaires. L'Entente concernant les paiements remplaçant les primes du régime de services médicaux au nom des membres des Premières Nations résidant en Colombie-Britannique conclue en 2013 a été renégociée en 2018, et bien que le gouvernement de la Colombie-Britannique ait éliminé les primes du MSP pour les Britanno-Colombiens en date du 1^{er} janvier 2020, la RSPN continue de recevoir du financement annuel de la part du Ministère pour appuyer ces services de soins primaires par l'entremise d'un comité mixte de projet/des priorités du ministère de la Santé et de la RSPN.

3.4 Frais exigés pour la couverture des soins de santé des étudiants étrangers

Puisque la province a éliminé les primes du MSP pour les BritannoColombiens, une méthode de paiement mise à jour aide à faire en sorte que les étudiants étrangers continuent de contribuer au régime de soins de santé de la C.B. et d'en bénéficier. Dans le cadre du système à jour, entré en vigueur le 1^{er} septembre 2019, tous les étudiants étrangers de la maternelle à la 12^e année et de niveau postsecondaire ont commencé à payer une prime mensuelle de 37,50 \$ en frais de santé. Une augmentation des frais, qui sont passés à 75 \$ par mois, est entrée en vigueur en janvier 2020, en raison de l'élimination des primes du MSP. Les étudiants étrangers qui détiennent un permis d'études valide pour une période de six mois ou plus sont tenus de présenter une demande au MSP dès leur arrivée en C.B. Le processus de demande leur permettra de s'inscrire et de recevoir par la suite une facture correspondant aux nouveaux frais exigés pour la couverture des soins de santé à la suite de la période d'attente obligatoire avant l'obtention de la couverture. Les dettes non réglées associées aux frais exigés pour la couverture des soins de santé des étudiants étrangers n'empêchent pas l'obtention de la couverture.



4.0 TRANSFÉRABILITÉ

4.1 Période d'attente minimale

Les nouveaux résidents ou les personnes qui reviennent habiter en Colombie-Britannique (C.-B.) sont admissibles à la couverture après une période d'attente qui correspond normalement au reste du mois au cours duquel la résidence a été établie, 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. On recommande aux nouveaux résidents de la C.B. qui proviennent d'ailleurs au Canada de maintenir leur couverture auprès de leur ancien régime d'assurancesanté 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 C.B.

De manière générale, les résidents qui, chaque année, s'absentent de la province une partie de l'année doivent être physiquement présents en C.B. au moins six mois au cours de l'année civile et conserver leur domicile en C.B. pour être couverts par le régime. Cependant, 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 Medical Services Commission (MSC) et qu'ils continuent de satisfaire aux autres exigences, comme de conserver leur domicile en C.B.

Les personnes qui quittent temporairement la C.B. 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 C.B. 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 dans les autres provinces et territoires canadiens, à l'exception de ceux du Québec, facturent directement à leur régime les services offerts aux résidents de la C.B. admissibles à la couverture du Medical Services Plan (MSP) qui ont présenté un numéro de carte d'assurance-santé valide ou une carte de services de la C.B. La C.B. 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 C.-B. par les médecins de cette province sont donc 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 C.-B.

La C.-B. 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 adjoints ou les sous-ministres provinciaux et territoriaux de la Santé.

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 les suivantes : l'article 24 de la *Hospital Insurance Act*, l'article 6 du *Hospital Insurance Act Regulations*, les articles 5.5 et 29 de la MPA et les articles 3 à 5 et 35 du *Medical and Health Care Services Regulation*.

Les résidents qui quittent temporairement la C.-B. 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 C.-B. 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 C.-B. 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 C.-B., 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 une personne doit, en raison de son travail, voyager régulièrement à l'extérieur de la C.-B. pendant 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 C.-B. qui sont temporairement absents de la province et qui ne peuvent y revenir pour des raisons de santé peuvent être réputés comme étant résidents de la province jusqu'à une période de 12 mois supplémentaires. 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 qu'ils soient réputés comme étant des résidents de la province.

Les résidents de la C.-B. 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. La couverture provinciale pour des traitements médicaux d'urgence s'applique à un résident de la C.-B. qui a besoin de soins médicaux imprévus pendant qu'il se trouve dans un autre pays (pour affaires, pour le plaisir, pour études). 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 en C.B. 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.

4.3 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 de la vue;
- › 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 Service correctionnel 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 d'anesthésie 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 une couverture dans le cadre du programme financé par l'État. Toutes ces demandes de couverture provinciale doivent être soumises au Ministère ou à son représentant désigné, Health Insurance BC (HIBC). La décision est présentée par écrit au bénéficiaire.

Dans le cas où une demande de financement est refusée, le bénéficiaire peut demander un examen administratif du refus.

Si, après l'examen administratif, la demande de financement au titre du MSP est à nouveau refusée, le bénéficiaire peut demander une révision de la décision. Un comité de révision de la MSC s'occupe des demandes de remboursement de frais encourus à l'étranger. Le comité est composé de trois membres : un délégué représentant le Ministère, 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

La Medical Services Commission (MSC) a le mandat législatif de protéger l'intégrité et la viabilité du système de soins de santé et d'assurer le respect de la MPA. L'article 36 de la MPA donne à la MSC le pouvoir de vérifier si les cliniques privées pratiquent la surfacturation. La surfacturation consiste à facturer aux bénéficiaires des services assurés par le Medical Services Plan (MSP), ou à facturer des frais liés à la prestation de services assurés.

Le 1^{er} octobre 2018, le gouvernement de la Colombie-Britannique (C.-B.) a fait entrer en vigueur les articles de la MPA qui avaient été adoptés par l'Assemblée législative en 2003 (projet de loi 92). En termes généraux, ces dispositions améliorent les pouvoirs d'application de la loi relativement à la surfacturation pour faire en sorte que les résidents admissibles (bénéficiaires) de la C.B. reçoivent, dans le cadre du régime public, des soins de santé de qualité en fonction de leurs besoins et non pas de leur capacité à payer. Ces changements permettent d'assurer le respect des principes fondamentaux de la MPA, ainsi que ceux de la *Loi canadienne sur la santé*.

Plusieurs dispositions de la MPA ont fait l'objet d'une contestation dans le cadre du litige *Cambie Surgeries Corp. c. British Columbia (Attorney General)*. En septembre 2020, la Cour suprême de la Colombie-Britannique a rendu sa décision dans le cadre de ce litige, rejetant les allégations des plaignants qui contestaient la MPA. Le 15 juillet 2022, la Cour d'appel de la Colombie-Britannique a confirmé la décision de la Cour suprême de la Colombie-Britannique. Le 29 septembre 2022, les plaignants ont demandé l'autorisation d'interjeter appel devant la Cour suprême du Canada. Le 6 avril 2023, la Cour suprême du Canada a rejeté la demande d'autorisation d'appel de Cambie Surgeries, mettant ainsi un terme à cette procédure.

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 (et qui ne s'est pas retiré du MSP).

En 2018, la MPA a été modifiée afin de renforcer les exigences selon lesquelles les bénéficiaires doivent être avisés des frais prévus pour des services qui seraient assurés 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.

Conformément à la définition énoncée à l'article 1 de la MPA, les bénéficiaires sont admissibles aux soins de santé financés par l'État qui sont médicalement nécessaires. Afin d'assurer l'égalité d'accès à tous, sans égard au revenu, les articles 17 et 18 limitent également, dans la plupart des contextes, les frais qui peuvent être facturés par les médecins. De même, l'article 15 de la *Laboratory Services Act* (LSA) 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.

L'Audit and Inspection Committee (AIC) est un groupe de la MSC qui est formé de quatre membres, dont trois médecins (l'un d'eux représente le gouvernement) et un membre représentant le public. La MSC a délégué à l'AIC ses pouvoirs et ses responsabilités prévus par l'article 36 de la MPA (c'est-à-dire la vérification et l'inspection des médecins). Le 1^{er} décembre 2006, l'article 10 de la *Medicare Protection Amendment Act, 2003* est entré en vigueur. Cet article élargissait les pouvoirs de vérification et d'inspection de la Commission de manière à inclure le pouvoir de procéder à la vérification des cliniques comme s'il s'agissait de personnes morales plutôt que de simples médecins.

L'AIC a la responsabilité de procéder à deux types de vérification : 1) la vérification des modèles de pratique, qui vise à garantir que les services facturés au MSP ont été fournis et facturés correctement; 2) la vérification de la surfacturation, qui permet de déterminer si des services sont facturés aux bénéficiaires en contravention des dispositions de la MPA. L'AIC détermine si une vérification sur place est appropriée, et définit la nature et la portée de la vérification. Il examine également les résultats de la vérification et formule des recommandations au président de la MSC en ce qui concerne toute autre mesure appropriée à prendre.

Ce programme, au sein du Ministère, permet également d'élaborer et d'analyser les profils des praticiens, de surveiller les tendances et d'effectuer des vérifications pour la MSC. Le cas échéant, la MSC cherche à recouvrer les sommes versées de façon inappropriée, conformément à la MPA.

Une audience est tenue devant un comité d'au moins trois personnes nommées par la MSC pour représenter Doctors of BC, les bénéficiaires et le gouvernement. Le comité a le pouvoir de rendre une ordonnance pour le recouvrement des sommes et la prise d'autres mesures correctives. L'audience offre au médecin un processus équitable qui respecte les règles de la justice naturelle.

Le Ministère et la MSC donnent suite aux plaintes de surfacturation des patients et prennent les mesures appropriées pour corriger les situations signalées. Les renseignements concernant le processus d'examen de la surfacturation sont disponibles sur le [site Web du gouvernement de la C.B.](#) (en anglais seulement). Si un bénéficiaire juge qu'on lui a facturé des frais inappropriés pour un service médical assuré, il peut demander un examen en remplissant le formulaire de demande d'enquête relative à la surfacturation. Le formulaire est accessible au public sur le site Web du MSP.

Les pouvoirs de vérification du MSC à l'égard des professionnels de la santé ont été délégués à divers comités spéciaux. Un comité spécial pour chaque groupe de professionnels de la santé a été établi, à savoir : le comité spécial des chiropraticiens; le comité spécial des dentistes; le comité spécial des massothérapeutes; le comité spécial des naturopathes; le comité spécial des optométristes; le comité spécial des physiothérapeutes; le comité spécial des podiatres; le comité spécial des acupuncteurs; et le comité spécial des sages-femmes.

Chaque vérification entraîne la présentation d'un rapport détaillé au comité spécial concerné. Par la suite, ce comité spécial formule une recommandation au comité spécial de vérification des professionnels de la santé pour la tenue d'audience visant à déterminer s'il faut procéder au recouvrement des sommes. Les professionnels de la santé ont le droit d'être entendus avant que le comité spécial de vérification des professionnels de la santé prenne une décision.

De plus, l'accès aux services financés par l'État continue d'être amélioré. Le Ministère se concentre sur l'amélioration de l'accès à des services de soins primaires fondés sur le travail d'équipe qui soient de qualité, complets, adaptés à la culture, et axés sur la personne et la famille pour les gens de partout en Colombie-Britannique. Dans cette optique, la stratégie du Ministère en matière de soins primaires augmente la participation collaborative des fournisseurs et des organismes de soins de santé pour la prestation des services de soins primaires. Afin d'appuyer les soins fondés sur le travail d'équipe, le Ministère a mis en application ou élargi les options de compensation alternatives étendues, en plus des autres modèles de rémunération existants :

- › Le 1^{er} février 2023, le gouvernement, en collaboration avec Doctors of BC et BC Family Doctors, a annoncé avoir conçu un nouveau modèle de rémunération, le modèle de rémunération longitudinal pour les médecins de famille (LMF), destiné, comme son nom l'indique, aux médecins de famille. Le modèle est donc offert à tous les médecins de famille de la province qui exercent en médecine familiale longitudinale ou souhaitent le faire; au 31 mars 2023, 2 607 médecins de famille avaient signé le nouveau contrat.
- › Le programme relatif aux autres modes de rémunération (PAMR) finance les autorités régionales de la santé pour qu'elles emploient des médecins de famille ou des spécialistes ou qu'elles concluent des contrats avec des médecins de famille ou des spécialistes pour la prestation de services cliniques financés par l'État. La Division des soins primaires du Ministère et le PAMR financent divers contrats de service en appui à la prestation de services de soins primaires; par exemple, l'Alternative Payments Subsidiary Agreement (APSA) (entente auxiliaire sur les autres modes de rémunération), par le biais de l'ententecadre avec les médecins (ECM), fournit le cadre pour les possibilités de contrats visant les services cliniques : les contrats de service, les ententes sur les salaires et les contrats de paiements à la séance prévoient une rémunération pour les médecins de famille et/ou les spécialistes en fonction des heures.
- › Pour aider les réseaux de soins primaires (RSP), le Ministère a collaboré avec Doctors of BC afin de soutenir la mise en place continue des contrats visant les services cliniques suivants en appui aux médecins de famille :
 - › le contrat visant les nouveaux médecins (New to Practice Contract) soutient les médecins de famille qui se créent une clientèle de patients au sein d'un groupe de médecins et fournit une sécurité de revenu pendant qu'ils établissent leur clientèle; au 31 mars 2023, 136 nouveaux médecins de famille s'étaient inscrits au programme dans la province.
 - › le contrat de groupe pour les médecins de famille offrant des services complets (Group Contract for Practicing Full-Service Family Physicians) prévoit une rémunération en fonction des heures travaillées et fournit un paiement supplémentaire pour la taille/complexité du groupe de patients de la clinique ainsi que pour la réalisation d'activités d'amélioration de la qualité.

- › Le modèle de rémunération LMF a été mis en œuvre le 1^{er} février 2023 parmi les options offertes aux médecins de famille qui offrent des soins longitudinaux à une patientèle d'au moins 250 personnes.
- › Pour soutenir davantage les RSP, le Ministère a investi dans ce qui suit :
 - › Le financement de nouveaux postes de personnel infirmier et de professionnels paramédicaux au sein des RSP. Au cours des prochaines années, des équipes intégrées comprenant du personnel infirmier et des professionnels paramédicaux devraient être disponibles dans environ 99 RSP à l'échelle de la province.
 - › Au 31 mars 2023, le Ministère avait mis en place 62 RSP, pouvant assurer des services au sein de 68 % des zones de services de santé communautaire et auprès de 85 % de la population de la province.
 - › La suite du programme du personnel infirmier pratiquant des soins primaires, qui 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.
 - › En 2020, le Ministère a lancé un modèle de clinique de soins primaires offerts par des infirmiers praticiens (CSPIP), dans le cadre duquel des soins longitudinaux offerts en équipe et un leadership clinique sont fournis par des infirmières et infirmiers praticiens (IP) employés sous contrat par les autorités sanitaires. Trois CSPIP ont ouvert leurs portes en 2020 dans des collectivités comportant des populations importantes de personnes non jumelées à un professionnel de la santé. En date de janvier 2023, on estimait que 9 711 patients avaient été jumelés à un professionnel, et plus de 10 500 autres jumelages étaient attendus. Des recherches menées par l'École de soins infirmiers de l'Université de Victoria (UVic) indiquent que les patients de ces cliniques nouvellement jumelés à un professionnel de la santé connaissent des améliorations considérables en matière d'accès aux soins¹⁰.
 - › Des contrats de service pour les médecins de famille et le personnel infirmier praticien travaillant dans les centres de soins primaires et d'urgence (CSPU); ces cliniques fournissent une ressource souple afin de répondre aux besoins en matière de soins primaires urgents/ponctuels et prévus, dans un contexte longitudinal, des personnes dans les collectivités de l'ensemble de la province. En date de mars 2023, 30 CSPU étaient en activité, et d'autres étaient prévus. La cible consiste à ce que 50 CSPU soient en activité d'ici 2024–2025. Au 31 mars 2023, on estimait que, depuis l'ouverture des premiers CSPU en 2018, ces centres avaient fait l'objet, ensemble, de plus de 1,8 million de visites de patients et du jumelage de plus de 27 000 patients.

¹⁰ D Contandriopoulos, K Bertoni et G. K. Randhawa, *Developmental Evaluation of NPPCCs*, 2022. Rapport provisoire – septembre 2022

- › Des contrats de service pour les médecins de famille et le personnel infirmier praticien travaillant dans les centres de soins primaires des Premières Nations (CSPPN); ces cliniques offrent des soins primaires aux patients autochtones et à leurs familles en intégrant les approches occidentales et autochtones. L'accent est principalement mis sur le fait d'établir une relation holistique avec les patients des Premières Nations et leur famille dans le cadre du cercle de soins tout en fournissant des soins dans un environnement adapté à la culture. Au 31 mars 2023, deux CSPPN étaient en cours de mise en place, et 13 autres étaient prévus. La cible consiste à ce que 15 CSPPN soient en activité d'ici 2024–2025.
- › Des contrats de service pour les médecins de famille et le personnel infirmier praticien travaillant dans les centres de santé communautaires (CSC); les CSC sont des organismes de santé et de services sociaux sans but lucratif, multisectoriels, fondés sur le travail d'équipe et dirigés par la collectivité qui offrent des soins primaires adaptés à la culture ainsi qu'un accès à des mesures de soutien social pour les populations prioritaires. En date de mars 2023, six CSC sont en activité, et le Ministère planifie activement l'ouverture d'autres CSC.
- › Le Ministère a collaboré avec le Ministry of Post-Secondary Education and Future Skills (ministère de l'Enseignement postsecondaire et des Compétences futures) pour augmenter le nombre de places dans les programmes des établissements d'enseignement postsecondaire de la Colombie-Britannique pour les étudiants souhaitant devenir infirmière ou infirmier praticien dans le but de soutenir un modèle de soins primaires fondés sur le travail d'équipe et d'améliorer l'accès équitable aux services de soins de santé primaires en Colombie-Britannique. Cent étudiants seront appelés à devenir infirmière ou infirmier praticien dans les établissements d'enseignement postsecondaire de la Colombie-Britannique à la suite du lancement du programme de l'Université Thompson Rivers en 2023 (la première cohorte devant commencer le programme en mai 2023, après la période visée par le présent rapport) et de l'ajout de 20 places au programme de UVic.
- › Des équipes intégrées comprenant du personnel infirmier et des professionnels paramédicaux devraient être disponibles dans les RSP de l'ensemble de la province d'ici 2025; des RSP seront alors en place pour couvrir la plupart des collectivités de la province.
- › Entre le moment du lancement de la stratégie du gouvernement de la C.-B. en matière de soins primaires en 2018–2019 et mars 2022, 141 525 personnes ont été jumelées à un fournisseur de soins primaires. Au 31 mars 2023, ce nombre en était à 298 163 – une augmentation de 156 638 en un peu moins d'un an. La hausse du nombre de patients jumelés de 2018–2019 à 2002, puis à 2023 témoigne de la mise en œuvre graduelle des RSP et de la mise en place de plusieurs modèles de soin dans l'ensemble de la province.

- › Modèles de capitation mixte en tant que modèle de financement fondé sur la population – En 2022–2023, le Ministère a financé 12 cliniques, rémunérées selon deux modèles de capitation mixte ajustée en fonction des risques. Les modèles de financement fondés sur la population visent à rémunérer les cabinets de médecine familiale offrant des groupes de services complets pour les soins longitudinaux offerts à une population de patients inscrits. Dans le cadre de ces modèles, les cliniques disposent d'une plus grande souplesse afin de déterminer la meilleure méthode et le meilleur membre de l'équipe pour offrir les services requis. Les paiements sont calculés en fonction de la taille et de la complexité des groupes de patients inscrits de la pratique.
- › Le Ministère, en collaboration avec Doctors of BC, a aussi soutenu les paiements selon les modèles de capitation mixte aux médecins de famille offrant des soins longitudinaux sous la forme de paiements pour la médecine familiale longitudinale communautaire. Ces paiements constituent un complément aux facturations à l'acte et sont modifiés pour tenir compte de la taille et de la complexité du groupe de patients.
- › Le Ministère a lancé le programme de mesures incitatives à l'intention des nouveaux médecins le 15 juin 2022. Les mesures incitatives comprennent une prime à la signature et des subventions d'allégement de la dette liée aux études de médecine, et elles sont offertes aux médecins ayant récemment terminé leur résidence en médecine familiale. Ces mesures incitatives visent à promouvoir des soins primaires longitudinaux complets comme possibilité attrayante et viable pour les résidents en médecine familiale nouvellement diplômés et les nouveaux médecins qui pourraient être intéressés.
- › 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.
- › Le Ministère fournit du financement pour l'établissement de voies d'accès au soutien offert en tout temps par les pairs à l'intention des fournisseurs de soins de l'ensemble de la Colombie-Britannique et du continuum de soins qui ont besoin de consulter un spécialiste dans un domaine d'expertise. Grâce à des initiatives existantes, comme l'accès rapide à des conseils d'expert (Rapid Access to Consultative Expertise), le service de soutien d'urgence de médecins (Emergency Physician Online Support) et les lignes de coordination des soins régionaux, ainsi qu'à de nouvelles initiatives centrées sur les collectivités rurales, éloignées et autochtones, le Ministère et ses partenaires continuent de travailler à combler les lacunes en santé et à améliorer l'accès à des services de santé de qualité.

- › Le Ministère a financé de nouveaux contrats et de nouvelles ententes de disponibilité pour élargir la portée et le niveau de spécialisation des voies d'accès au soutien offert en tout temps par les pairs dans la province afin de fournir des services supplémentaires centrés sur les fournisseurs dans des régions rurales et éloignées qui ont besoin de conseils d'experts. Ces voies d'accès au soutien virtuel en temps réel (SVTR) offrent aux fournisseurs en régions rurales et éloignées un accès immédiat à des cliniciens ayant une expertise dans les soins d'urgence, les soins maternels, les soins pédiatriques et les soins intensifs, et pouvant offrir des soins adaptés à la culture et axés sur le patient. La ligne offrant des conseils en matière de maternité et de poupons (Maternity and Babies Advice Line), les conseils sur la santé infantile offerts en temps réel par voie électronique (Child Health Advice in Real-Time Electronically ou CHARLIE) et les voies d'accès à de l'aide urgente d'un médecin en milieu rural (RUDi) sont des exemples de voies d'accès au SVTR.
- › Le Ministère a également financé de nouveaux programmes de soins virtuels centrés sur les patients. La ligne téléphonique de soins infirmiers 811 existante, gérée par HealthLink BC, a été élargie afin d'offrir aux patients des services virtuels de médecine. Deux nouveaux services administrés par la Régie de la santé des Premières Nations (RSPN), soit le programme de médecin virtuel du jour et le service virtuel de traitement de la toxicomanie et de psychiatrie des Premières Nations, offrent des soins virtuels et adaptés à la culture aux membres des Premières Nations qui ont un accès limité aux médecins de famille et aux infirmiers praticiens, ou qui ont besoin de services de traitement des dépendances ou de services de soutien psychiatrique. En outre, une clinique virtuelle de soins primaires et en milieu communautaire de la région sanitaire du Nord a été établie par la régie de la santé du Nord pour offrir des soins aux personnes de cette région qui n'ont pas accès à un médecin de famille ou à un infirmier praticien, ou qui ont besoin de soins durant la fin de semaine, lorsque leur centre de santé est fermé.
- › Dans le cadre de l'ECM, le Ministère continue d'offrir des 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 C.B. Il est possible d'obtenir un aperçu de ces programmes sur le [site Web du gouvernement de la C.B.](#) (en anglais seulement).

5.2 Infrastructure et planification des immobilisations

La C.-B. poursuit ses investissements stratégiques dans les immobilisations du secteur de la santé. Le Ministère investit annuellement pour renouveler les installations de santé, l'équipement diagnostique et médical et les technologies de gestion de l'information dans de nombreux établissements de santé de la C.B., et pour en prolonger la durée de vie. 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.

5.3 Rémunération des médecins

La PMA est une entente officielle signée par le gouvernement de la C.-B., Doctors of BC et la MSC. L'entente appuie les efforts continus de recrutement et de maintien en poste des médecins, tout en améliorant l'accès aux médecins de famille, aux spécialistes et aux soins de santé dans les communautés rurales et éloignées. Une nouvelle entente de trois ans a été signée et prend effet du 1^{er} avril 2022 au 31 mars 2025. Par ailleurs, les médecins sont inscrits auprès du College of Physicians and Surgeons of BC, un organisme établi en vertu de la *Health Professions Act* (HPA).

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 ententecadre établit des mécanismes qui favorisent une collaboration et une responsabilisation accrues entre le gouvernement de la C.B. 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 prévoit 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 par capitation mixte. Dans le cadre de la PMA, le gouvernement de la C.B. 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 faisant appel aux médecins de famille, aux spécialistes et à d'autres professionnels de la santé.

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 permettant d'apporter des révisions au barème d'honoraires de la MSC et de verser les honoraires aux médecins sont détaillés dans l'entente-cadre avec les médecins.

Les dentistes sont inscrits auprès du British Columbia College of Oral Health Professionals, qui est aussi un organisme établi en vertu de la HPA. La province et l'Association dentaire de la C.-B. ont conclu une entente-cadre (Dentistry Master Agreement), qui couvre les services suivants : chirurgie dentaire, chirurgie buccale, traitements orthodontiques, médecine buccale, services dentaires pédiatriques et interventions dentaires techniques. La province et la BCDA collaborent par l'entremise d'un comité de liaison. L'entente actuelle de trois ans a expiré le 31 mars 2022, et une nouvelle entente était en cours de négociation à la fin de la période de référence, soit le 31 mars 2023.

Le paiement des services médicaux fournis en Colombie-Britannique est effectué par l'entremise du MSP à l'intention des praticiens individuels qui soumettent des demandes selon un modèle de facturation à l'acte ou le modèle de rémunération LMF, des médecins ou aux groupes de médecins qui offrent des services aux patients selon un contrat conclu avec le Ministère, des autorités de la santé qui font appel à des médecins pour fournir des services aux patients ainsi que des autorités de la santé ou des groupes de médecins qui fournissent des services aux patients selon un modèle de financement par capitation mixte.

La MSC est autorisée à surveiller la facturation et le règlement des demandes pour 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 demandes de règlement du MSP à la MSC. Ce programme permet également d'élaborer et d'analyser les profils des praticiens, de surveiller les tendances et d'effectuer des vérifications pour la MSC. De plus, la MSC peut, le cas échéant, chercher à recouvrer les sommes versées de façon inappropriée conformément à la MPA.

5.4 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 et, parfois, dans le financement ciblé. 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 C.B.), y compris la prestation de services hospitaliers. Les allocations annuelles de fonds aux autorités de la santé sont définies dans le cadre du processus d'établissement 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 le *Hospital Insurance Act Regulations*) ainsi que la *Health Authorities Act* régissent les paiements effectués par le gouvernement de la C.B. 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 C.-B. sur la gouvernance de la santé des Premières Nations et d'autres ententes forment la base du financement, par le Ministère, de la RSPN. 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 le régime d'assurance-médicaments (PharmaCare).

Les mécanismes de responsabilisation pour le financement gouvernemental des hôpitaux figurent dans 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. Ensemble, ces documents communiquent les attentes générales du Ministère à l'égard des autorités de la santé et expliquent comment le rendement fera l'objet d'une surveillance 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 2022–2023, ces documents comprennent :

- › [le budget des dépenses pour l'exercice prenant fin le 31 mars 2023](#) (en anglais seulement);
- › [le budget et le plan financier de 2022–2023 à 2024–2025](#) (en anglais seulement);
- › [les comptes publics de 2021–2022 à 2022–2023](#) (en anglais seulement).

PERSONNES INSCRITES

	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
1. Nombre en date du 31 mars	4 997 617	5 108 915	5 249 794	5 328 995	5 522 934

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE

ÉTABLISSEMENTS PUBLICS	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
2. Nombre ¹	120	120	121	120	120
3. Paiements pour des services de santé assurés (\$)²	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS À BUT LUCRATIF	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
4. Nombre d'établissements privés à but lucratif offrant des services de santé assurés	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
5. Paiements aux établissements privés à but lucratif pour des services de santé assurés (\$)	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d

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

	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
6. Nombre total de demandes, patients hospitalisés	5 417	5 622	3 585	3 425	3 937
7. Total des paiements patients hospitalisés (\$)	57 540 788	59 949 069	36 666 159	48 688 770	43 777 017
8. Nombre total de demandes, patients externes	85 637	83 059	57 362	64 475	70 355
9. Total des paiements, patients externes (\$)	31 331 256	31 703 771	20 948 446	22 212 580	25 664 874

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 13 milliards de dollars en 2018–2019, 14 milliards de dollars en 2019–2020, 17 milliards de dollars en 2020–2021, 18 milliards de dollars en 2021–2022 et 19 milliards de dollars en 2022–2023.

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA³

PRÉ-APPROUVÉS	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
10. Nombre total de demandes, patients hospitalisés	28	44	57	30	12
11. Total des paiements, patients hospitalisés (\$)	3 635 035	13 722 925	12 008 280	7 793 787	1 585 790
12. Nombre total de demandes, patients externes	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o
13. Total des paiements, patients externes (\$)	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o
NON PRÉ-APPROUVÉS	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
14. Nombre total de demandes, patients hospitalisés	2 092	1 817	827	248	462
15. Total des paiements patients hospitalisés non pré-approuvés (\$)	586 897	740 655	378 501	101 370	151 946
16. Nombre total de demandes, patients externes non pré-approuvés	2 867	2 667	468	436	764
17. Total des paiements, patients externes non pré-approuvés (\$)	2 652 836	6 749 987	2 963 462	5 181 957	8 015 311

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.

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE

	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
18. Nombre de médecins participants ⁴	11 632	11 898	11 961	12 417	12 683
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	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
21. Total des paiements des services médicaux rémunérés pour l'ensemble des méthodes de paiement (\$)	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
22. Total des paiements des services médicaux rémunérés à l'acte (\$)	3 494 784 160	3 618 185 361	3 616 080 851	3 883 885 332	3 917 829 243

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

	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
23. Nombre de services	685 621	678 818	535 145	660 275	729 769
24. Total des paiements (\$)	36 896 106	35 479 965	25 212 412	30 781 911	33 765 605

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA⁵

PRÉ-APPROUVÉS	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
25. Nombre de services	2 260	3 783	3 611	3 947	2 149
26. Total des paiements (\$)	6 915 394	6 512 749	5 582 667	4 496 066	3 059 713
NON PRÉ-APPROUVÉS	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
27. Nombre de services	48 488	33 681	5 070	8 749	7 114
28. Total des paiements (\$)	3 099 450	1 714 922	246 382	449 423	310 088

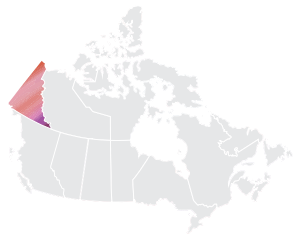
SERVICES DE CHIRURGIE DENTAIRE ASSURÉS FOURNIS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE

	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
29. Nombre de dentistes participants	208	201	193	204	199
30. Nombre de dentistes ayant opté pour le retrait du régime d'assurance-santé	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
31. Nombre de dentistes non participants	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
32. Nombre de services fournis	61 540	64 388	59 048	65 386	66 926
33. Total des paiements (\$)	9 604 988	10 243 209	9 302 887	10 036 091	10 835 840

³ Le nombre de médecins participants au point no 18 concerne les médecins ayant été rémunérés à l'acte.

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.

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) et son ministre sont responsables de la prestation de tous les services de soins de santé assurés.

En 2022–2023, le MSAS a poursuivi la mise en œuvre des recommandations énoncées dans le rapport [La population d'abord](#), créé par un groupe d'experts indépendants à la suite d'un examen complet des services de santé et des services sociaux au Yukon. Une partie de ce travail comprenait le lancement du Programme dentaire du Yukon en 2023, qui fournit jusqu'à 1 300 dollars par an en soins dentaires aux personnes admissibles qui gagnent moins qu'un niveau de revenu déterminé et qui n'ont pas d'autre couverture d'assurance dentaire; et le travail de rationalisation du processus de passation de contrats avec les médecins grâce à de nouveaux modèles et tarifs normalisés. En 2022–2023, le gouvernement du Yukon s'est également engagé à mettre en place des résidences pour voyageurs médicaux afin de répondre aux préoccupations concernant l'hébergement des personnes cherchant un traitement médical en dehors de leur communauté, ainsi qu'à élargir l'accès aux traitements de fertilité en soutenant les voyages hors du territoire et en accordant des dégrèvements fiscaux.



1.0 GESTION PUBLIQUE

1.1 Régime d'assurance-santé et autorité publique

Les Services de santé assurés (SSA) 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 SSA 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 des SSA (le directeur). 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 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 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.

En 2022–2023, quelques modifications mineures ont été apportées au règlement d'application de la *Loi sur l'assurance-santé* :

- › Le paragraphe 3(b) du règlement de la Loi a été abrogé par le décret 2022/167, qui interdisait à l'origine les conseils par téléphone en tant que service assuré.
- › L'article 7 (qui stipule que les services rendus à une personne assurée par un spécialiste sans référence doivent être payés pour un montant égal aux honoraires qui auraient été payés si les services avaient été rendus par un médecin généraliste) a été modifié par le décret 2022/166 pour inclure les sages-femmes autorisées en vertu de l'article 7(13), de sorte que l'expression « sans référence par un médecin généraliste ou une infirmière praticienne » est remplacée par l'expression « sans référence par un médecin généraliste, une infirmière praticienne ou une sage-femme autorisée ».

- › L'article 10, qui traite de l'échelle des frais pour les services assurés fournis à l'extérieur du Yukon, a été modifié dans le *Règlement concernant les services d'assurance-santé du Yukon* par le décret 2022/209. Le paragraphe suivant a été ajouté après le paragraphe 10(3) :
 - › Lorsque le médecin exerce dans une province où le service rendu n'est pas assuré en vertu du régime d'assurance-santé de la province, les tarifs payables sont déterminés par l'administrateur selon le montant qui est juste, à son avis, compte tenu de la nature du service, sans toutefois dépasser le maximum prévu à l'article 9.

1.2 Liens hiérarchiques

Le MSAS 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 présente au ministre un rapport annuel sur l'administration des deux régimes d'assurance-santé. Ce rapport, intitulé « État des recettes et des dépenses » est déposé à l'Assemblée législative où il doit faire l'objet de discussions. La dernière version de ce rapport a été présentée lors de la séance de l'Assemblée législative du Yukon à l'automne 2022.

1.3 Vérification des comptes

Le RASY et le RAHY 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*. 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, le paragraphe 13(2) de la *Loi sur les hôpitaux* exige que la Régie des hôpitaux du Yukon présente 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 1960. Aucune modification n'a été apportée à la *Loi* en 2022–2023.

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.

En avril 1997, le gouvernement du Yukon a pris en charge la responsabilité de la gestion des unités de santé dans les communautés rurales du Yukon, qui relevait auparavant du gouvernement fédéral. 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 2022–2023, des services assurés aux patients hospitalisés et aux patients externes ont été fournis à l'hôpital général de Whitehorse, à l'hôpital communautaire de Watson Lake et à l'hôpital communautaire de Dawson City. Onze centres de santé communautaires du Yukon fournissent des services hospitaliers ambulatoires.

Aux termes des paragraphes 2^e) 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 2^e) comprend tous les services suivants fournis aux patients hospitalisés, notamment :

- › 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.

Tous les services de diagnostic disponibles au Yukon sont fournis par les hôpitaux, y compris l'imagerie par résonance magnétique (IRM) et la tomодensitométrie (TDM). Il n'existe actuellement aucune clinique privée offrant des services de diagnostic. Pour les services qui ne sont pas disponibles au Yukon, les patients reçoivent des soins à l'extérieur du territoire, habituellement en Colombie-Britannique ou en Alberta.

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. Ce processus est géré par le directeur des Services de santé assurés. 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. Comme indiqué à la section 1.1 ci-dessus, en 2022–2023, le règlement a été modifié pour inclure les références des sages-femmes agréées, ainsi que des médecins généralistes et des infirmières praticiennes, lorsqu'il s'agit de déterminer si un service assuré fourni par un spécialiste l'a été par le biais d'une référence, et il a également été modifié pour permettre aux conseils médicaux fournis par téléphone de constituer un service de santé assuré.

Le Régime d'assurance-santé du Yukon (RASY) couvre les services médicalement nécessaires fournis par des médecins. Les médecins ne peuvent pas se retirer du RASY et doivent satisfaire aux exigences suivantes :

- › s'inscrire au registre médical pour obtenir une licence conformément à la *Loi sur les professions de la santé*;
- › conserver leur licence, conformément à la *Loi sur les professions de la santé*.

En 2022–2023, 238 médecins participaient au RASY. Cela comprend les médecins résidents, ainsi que les spécialistes invités et les médecins suppléants qui sont autorisés à fournir des soins dans tout le Yukon. En 2022–2023, aucun médecin exerçant sur le territoire ne fournissaient de services en dehors du RASY.

L'article 7 du *Règlement sur le Régime d'assurance-santé* du Yukon porte sur la rémunération 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. Si un médecin choisit de le faire, il doit en faire la demande par écrit au directeur. En 2022–2023, les médecins ont été rémunérés selon le principe de la rémunération à l'acte et selon d'autres modes de rémunération.

Le processus d'ajout d'un nouveau tarif ou de modification d'un tarif existant dans la Grille tarifaire du Yukon est soutenu par une structure de comité. Ce processus exige que les médecins présentent des demandes par écrit au RASY et au comité de liaison sur les tarifs de l'Association médicale du Yukon. Après examen, le comité recommande au directeur des services de santé assurés d'accepter ou de rejeter la demande. Cette recommandation est ensuite présentée au ministre de la Santé et des Affaires sociales pour que le gouvernement du Yukon prenne une décision finale. Les tarifs sont normalement fixés en fonction des tarifs similaires pratiqués dans d'autres provinces ou territoires. Une fois que la valeur de la rémunération à l'acte a été déterminée, les médecins du Yukon sont informés du service et du tarif applicable. Aucune consultation publique n'est nécessaire.

De nouveaux honoraires peuvent également être négociés entre l'Association médicale du Yukon et le MSAS.

Le tout dernier protocole d'entente (PE) avec l'Association médicale du Yukon a été ratifié le 5 octobre 2022 et reflète les valeurs suivantes : nouvelle culture; transitions harmonieuses; accès et attachement aux soins primaires; et équité.

2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

Les dentistes qui fournissent des services de chirurgie dentaire assurés par le RASY 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 RASY 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. En 2022–2023, aucun dentiste n'a fourni de services de chirurgie dentaire assurés aux termes du RASY.

Un décret modifiant l'annexe B du *Règlement sur le Régime d'assurance-santé* concernant les services d'assurance-santé est requis pour qu'un service soit ajouté à la liste des services dentaires assurés ou en soit retiré. Les décisions à cet égard sont prises en fonction de la nécessité de fournir le service dans un hôpital et d'utiliser l'anesthésie générale. Le directeur gère ce processus.

Aucun nouveau service de chirurgie dentaire assuré n'a été ajouté en 2022–2023.

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'un foyer de soins de longue durée;
- › 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 qui sont désignés comme non assurés. Les services médicaux non assurés comprennent :

- › 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 services 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.

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 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 conjoint de liaison de l'Association médicale du Yukon et du RASY 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 2^e) et 2f) du *Règlement sur l'assurance-hospitalisation* du Yukon doivent être modifiés par décret. En date du 31 mars 2023, 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 gère ce processus. Aucun service de chirurgie dentaire n'a été désassuré en 2022–2023.



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. Des modifications mineures ont été apportées à la législation en 2022–2023, mais aucune n'a d'incidence sur l'admissibilité à la couverture.

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. Les seules exceptions concernent les nouveau-nés et les enfants adoptés par des personnes assurées, les personnes arrivant au Yukon dans le cadre du programme spécial lancé par le gouvernement du Canada en 2015 pour la réinstallation des réfugiés syriens, ainsi que les membres des forces armées canadiennes et leur famille.

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 2023, 45 218 personnes étaient inscrites au Régime d'assurance-santé du Yukon (RASY).

3.2 Catégories de personnes

Le RASY prévoit la couverture d'autres catégories de personnes, comme suit :

- › **Enfants de résidents du Yukon nés à l'extérieur du Canada** : aucune période d'attente ne s'applique si une autorisation est accordée.
- › **Canadiens de retour au pays** : une période d'attente s'applique.
- › **Résidents permanents** : une période d'attente s'applique.
- › **Détenteurs de permis émis par le ministre** : 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 de plus de 12 mois.
- › **Membres du clergé** : une période d'attente s'applique, à condition de détenir une autorisation d'emploi.

Les étudiants internationaux, les travailleurs temporaires, les touristes, les personnes de passage ou les personnes en visite au Yukon ne se qualifient pas en tant que résidents du territoire et ne sont pas admissibles à la couverture du RASY.



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) de la *Loi sur l'assurance-santé* et du *Règlement sur l'assurance-hospitalisation*, « 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 (voir la section 3.1).

4.2 Couverture durant des absences temporaires au Canada

Les articles 5, 6, 7 et 10 du *Règlement sur le Régime d'assurance-santé* du Yukon ainsi que l'article 6, les paragraphes 7(1) et 7(2) et l'article 9 du *Règlement sur l'assurance-hospitalisation* du Yukon renferment les dispositions concernant la transférabilité de l'assurance-santé durant une absence temporaire au Canada. En 2022–2023, aucune modification de cette réglementation n'a eu d'incidence sur la couverture pendant les absences temporaires 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 ». Le non-respect de cette obligation peut entraîner l'annulation de la couverture.

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 (le directeur) 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 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. 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 RASY.

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.

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. En 2022–2023, aucune modification de cette réglementation n'a eu d'incidence sur la couverture pendant les absences temporaires au Canada.

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 RASY 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 RASY verse le paiement à l'assuré ou directement au fournisseur du service assuré.

Les services hospitaliers assurés fournis aux résidents admissibles du Yukon à l'extérieur du Canada sont payés aux tarifs établis dans le *Règlement sur le tarif normalisé pour un traitement en clinique* pour l'hôpital général de Whitehorse. Pour 2022–2023, le tarif d'hospitalisation a été établi à 2 101 \$ par jour à l'hôpital général de Whitehorse. Le tarif de l'USI de l'Hôpital général de Whitehorse était de 4 284 \$. 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 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 (RASY) ne prévoient 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 RASY ne fait l'objet d'une surfacturation.

En 2022–2023, le Yukon ne disposait d'aucun établissement de soins de santé privé à but lucratif fournissant des services de santé assurés.

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 (en anglais seulement).

Vous pouvez joindre le YMC par téléphone au 867-667-3774 ou par 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 réduisent les délais d'obtention des services nécessaires.

Pour améliorer l'accès aux services de santé assurés, on continue à augmenter le nombre de spécialistes résidents travaillant au Yukon afin de mieux servir les Yukonnais. En 2019, le programme « Trouver un médecin de famille » a été mis en place pour mettre en relation des résidents du Yukon patients orphelins avec des médecins de famille capables d'accueillir de nouveaux patients dans leurs listes. Début 2023, le programme a été élargi à « Trouver un fournisseur de soins primaires » afin que les infirmières praticiennes puissent également commencer à prendre en charge des patients seuls.

Les Services de santé assurés offrent des prestations de santé complémentaires aux résidents admissibles du Yukon, notamment le programme sur les déplacements pour soins médicaux, le programme d'assurance-médicaments et de soins ophtalmologiques pour les enfants, le programme d'aide aux malades chroniques et aux personnes souffrant d'une incapacité, le programme d'assurance-médicaments, le programme d'assurance-santé complémentaire et le programme dentaire du Yukon.

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 (MSAS) obtient son mandat de négocier du gouvernement du Yukon avant de négocier avec l'Association médicale du Yukon (AMY). Les deux parties nomment des représentants pour former l'équipe de négociation. Des réunions ont lieu jusqu'à ce que les parties arrivent à un accord. L'équipe de négociation de l'AMY demande alors aux membres de l'Association d'approuver le projet d'entente. Pour sa part, le MSAS 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 MSAS. 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 soumettre des demandes de financement supplémentaire des programmes.

La *Loi sur l'assurance-hospitalisation* et le *Règlement sur l'assurance-hospitalisation* du Yukon régissent les paiements versés par le Régime d'assurance-santé aux établissements qui offrent des services hospitaliers assurés. Cette loi et ce règlement 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 fournies par le biais du Transfert canadien en matière de santé dans ses publications annuelles des Comptes publics de 2021–2022, qui sont 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

	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
1. Nombre en date du 31 mars	41 412	42 382	43 435	44 301	45 218

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE

ÉTABLISSEMENTS PUBLICS ¹	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
2. Nombre	14	14	14	14	14
3. Paiements pour des services de santé assurés (\$)	79 548 179	88 761 576	89 796 881	95 644 777	113 289 492
ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS À BUT LUCRATIF	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
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

	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
6. Nombre total de demandes, patients hospitalisés	1 236	1 491	1 065	1 215	1 335
7. Total des paiements patients hospitalisés (\$)	18 687 516	24 844 188	19 934 836	25 423 871	26 999 223
8. Nombre total de demandes, patients externes	15 856	15 583	13 362	14 246	16 757
9. Total des paiements, patients externes (\$)	5 786 856	5 809 521	4 758 395	5 453 967	6 698 472

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 ont jusqu'à un an à partir de la date de service pour facturer les provinces ou territoires (l'information est basée sur la date de service). Ils disposent également d'un délai d'un an après la facturation pour procéder à d'éventuels ajustements des montants.

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA^{3,4}

PRÉ-APPROUVÉS	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
10. Nombre total de demandes, patients hospitalisés	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
11. Total des paiements, patients hospitalisés (\$)	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
12. Nombre total de demandes, patients externes	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
13. Total des paiements, patients externes (\$)	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
NON PRÉ-APPROUVÉS	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
14. Nombre total de demandes, patients hospitalisés	19	7	< 5	< 5	5
15. Total des paiements patients hospitalisés non pré-approuvés (\$)	136 430	35 883	3 990	1 060	10 932
16. Nombre total de demandes, patients externes non pré-approuvés	69	62	18	14	19
17. Total des paiements, patients externes non pré-approuvés (\$)	31 159	67 707	30 659	8 225	17 997

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 en tant que demandes non pré-approuvées.

⁴ 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 MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE

	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
18. Nombre de médecins participants ⁵	191	196	180	226	238
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 (\$)	32 889 055	35 893 703	36 798 125	39 305 316	42 248 155
22. Total des paiements des services médicaux rémunérés à l'acte (\$)	22 728 313	25 984 436	26 004 778	27 459 227	29 822 404

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

	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
23. Nombre de services	57 164	72 289	36 283	60 940	62 358
24. Total des paiements (\$)	4 435 494	5 573 945	2 943 922	5 125 429	4 970 480

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA⁶

PRÉ-APPROUVÉS	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
25. Nombre de services	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
26. Total des paiements (\$)	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
NON PRÉ-APPROUVÉS	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
27. Nombre de services	<5	5	n/d	n/d	n/d
28. Total des paiements (\$)	343	712	n/d	n/d	n/d

SERVICES DE CHIRURGIE DENTAIRE ASSURÉS FOURNIS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE⁷

	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
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

⁵ Ce nombre comprend les médecins résidents, les spécialistes invités et les suppléants qui étaient autorisés pour un exercice financier et qui ont fourni des services au Yukon. Les chiffres de l'année précédente ont été révisés pour tenir compte de ce nombre au lieu d'essayer de séparer uniquement les médecins résidents.

⁶ 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.

⁷ Aucun service de chirurgie dentaire assuré au Yukon.

TERRITOIRES DU NORD-OUEST



Le ministère de la Santé et des Services sociaux (le Ministère) a la responsabilité d'établir l'orientation stratégique du système de santé et de services sociaux par l'élaboration de lois, de politiques et de normes; de mettre sur pied des programmes et des services approuvés; d'établir les budgets et les dépenses du système et d'en assurer le suivi; d'évaluer les résultats et les mesures de performance du système et d'en rendre compte. Il incombe aussi au Ministère de veiller à ce que toutes les fonctions et exigences prévues par la loi soient remplies et à ce que les professionnels disposent des permis d'exercice nécessaires, de même que de gérer l'accès à l'assurance-santé.

Les Administrations des services de santé et des services sociaux sont régies par le Conseil de leadership des services de santé et des services sociaux des Territoires du Nord-Ouest (Conseil de leadership). Les conseils régionaux du mieux-être offrent leur avis au Conseil de leadership, ainsi que de précieux renseignements sur les besoins et les priorités des résidents de leur région respective. Le Conseil de leadership rend des comptes au ministre de la Santé et des Services sociaux (le ministre) en ce qui concerne la gouvernance, la gestion et la prestation des services de santé et des services sociaux, plus particulièrement en ce qui a trait à leur conformité au plan établi par le ministre.

Le Ministère a conscience du fait que la définition des priorités ainsi que l'élaboration et la prestation de programmes et de services pertinents dépend d'une gestion effectuée en partenariat avec les peuples et les communautés autochtones au sein d'un système intégré.



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 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 du paragraphe 23(1) de la *Loi sur l'assurance-maladie*. Le ministre établit l'Administration des services de santé et des services sociaux et les conseils d'administration des services de santé et des services sociaux des Territoires du Nord-Ouest conformément aux paragraphes 5(1), 10(1) et 10(2) de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des services de santé et des services sociaux*.

La *Loi sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des services de santé et des services sociaux* indique, au paragraphe 10.3(1), que l'Agence de services communautaires Tłıchǫ constituée par la *Loi sur l'Agence de services communautaires Tłıchǫ* est réputée être un conseil d'administration. L'Administration territoriale et les conseils gèrent le plan d'assurance-hospitalisation et ont pour mandat prescrit par la loi :

- › de livrer les services de santé, les services sociaux et les activités promotionnelles de la santé et du mieux-être au sein de leur Administration ou conseils régionaux respectifs;
- › de gérer, de diriger et d'exploiter chaque établissement de santé et de services sociaux dont l'Administration ou le conseil est responsable;
- › de gérer les ressources, notamment les ressources financières et humaines, nécessaires à l'exercice des fonctions de l'Administration ou du conseil.

Aucune modification n'a été apportée en 2022–2023 à la *Loi sur l'assurance-maladie* ni à la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des services de santé et des services sociaux*.

1.2 Liens hiérarchiques

Durant la période couverte par le rapport, trois Administrations des services de santé et des services sociaux étaient en place : 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 Tłıchǫ.

Les affaires de l'Administration territoriale sont dirigées par un conseil d'administration territorial, le Conseil de direction. Six conseils régionaux du mieux-être donnent des avis au Conseil de direction, qui est composé des présidents des conseils régionaux du mieux-être et des présidents de l'Agence de services communautaires Tłıchǫ et de l'Administration des services de santé et des services sociaux de Hay River. Le Conseil de direction relève du ministre.

Les trois Administrations des services de santé et des services sociaux 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, celles-ci sont tenus de respecter le plan territorial établi par le ministre.

Le ministre nomme le directeur de l'assurance-maladie qui est chargé de l'application de la *Loi sur l'assurance-maladie* et de son Règlement. Le directeur prépare un rapport annuel destiné au ministre sur le fonctionnement du Régime d'assurance-maladie des T.N.-O. Ce rapport se trouve dans le rapport annuel des services de santé et des services sociaux des T.N.-O.¹¹

Le ministre nomme le président de l'Administration territoriale ainsi que le président et les membres de chaque conseil régional du mieux-être. Les présidents et les membres des conseils régionaux du mieux-être ont un mandat de trois ans qui peut être renouvelé.

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 cours de l'exercice 2022–2023, un administrateur public était en place pour l'Administration des services de santé et des services sociaux de Hay River. L'administrateur public se substitue au conseil d'administration.

L'Agence de services communautaires Tłıchq a été établie en vertu de la *Loi sur l'Agence de services communautaires Tłıchq* dans le cadre de l'*Accord sur les revendications territoriales et l'autonomie gouvernementale du peuple Tłıchq*. La *Loi sur l'Agence de services communautaires Tłıchq*, qui est appliquée par le ministre de l'Exécutif et des Affaires autochtones, stipule que l'Agence de services communautaires Tłıchq a tous les pouvoirs, toutes les responsabilités et toutes les 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*. Par application de la Loi, chaque gouvernement communautaire Tłıchq est responsable de la nomination d'un membre du conseil d'administration et le ministre de l'Exécutif et des Affaires autochtones est responsable de la nomination du président à la suite d'une consultation avec les membres du conseil. La Loi fixe aussi 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.

Le directeur de l'assurance-maladie et les conseils d'administration sont responsables devant le ministre, tel que le prévoit l'alinéa 8(1)b) de la *Loi canadienne sur la santé*.

¹¹ Le rapport pour 2022–2023 est disponible ici : <https://www.hss.gov.nt.ca/sites/hss/files/resources/hss-annual-report-2022-23.pdf>

Conformément à la *Loi sur la gestion des finances publiques* et la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des services de santé et des services sociaux*, il y a notamment l'obligation de rendre compte à l'Assemblée législative des activités de l'exercice précédent et de la situation financière du ministère de la Santé et des Services sociaux (le Ministère). Chaque année, le rapport annuel du système des services de santé et des services sociaux des Territoires du Nord-Ouest satisfait à cette obligation de même qu'à celle de présenter chaque année un rapport sur le fonctionnement du Régime d'assurance-maladie.

1.3 Vérification des comptes

À l'occasion de la vérification annuelle des comptes publics du gouvernement des T.N.-O., le Bureau du vérificateur général (BVG) du Canada vérifie les paiements effectués au titre du Régime d'assurance-hospitalisation et du Régime d'assurance-maladie des T.N.-O.

Le Régime d'assurance-hospitalisation et le Régime d'assurance-maladie sont administrés par le Ministère. La dernière vérification du BVG portait sur les comptes publics de l'exercice 2021–2022 et a pris fin le 15 novembre 2022. Le document Comptes publics 2021–2022 du gouvernement des T.N.-O. a été publié le 15 novembre 2022.



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*. Aucune modification n'a été apportée à la Loi ni à son Règlement en 2022–2023.

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 aux habitants (résidents) des T.N.-O.

Les services assurés 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 assurés 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. Bien que les services assurés n'aient connu aucun changement au cours de l'exercice 2022–2023, l'évaluation d'éventuels ajouts se fait au cas par cas. Le directeur de l'assurance-maladie prend ses décisions en la matière en fonction de l'avis du conseiller médical. Il s'agit d'une approche « de juste envergure », qui adapte la complexité du processus décisionnel à la taille du système de santé et de services sociaux des T.N.-O. Les consultations publiques peuvent être menées par l'intermédiaire des conseils régionaux du mieux-être.

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 doivent avoir recours à des services assurés médicalement nécessaires qui ne sont pas offerts dans leur communauté¹². Cette politique garantit aux résidents des T.N.-O. un accès raisonnable aux services hospitaliers et médicaux assurés et que le coût du voyage ne constitue pas un obstacle aux soins.

Les T.N.-O. ne disposent d'aucune clinique de diagnostic privée qui facturerait aux patients des services qui sont normalement assurés lorsqu'ils sont fournis à l'hôpital.

¹² <https://www.hss.gov.nt.ca/fr/services/d%C3%A9placement-pour-raisons-m%C3%A9dicales/politique-sur-les-d%C3%A9placements-pour-raisons-m%C3%A9dicales>

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 considérés comme des services assurés dans le cadre du Régime d'assurance-santé des T.N.-O. Ces professionnels sont tenus par la législation d'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*. Des modifications à la *Loi sur les médecins* sont entrées en vigueur en juin 2022 pour exempter les médecins d'autres provinces canadiennes des exigences en matière d'enregistrement et de licence s'ils pratiquent des soins virtuels à partir de leur province et sont recommandés par un médecin ou une infirmière praticienne des T.N.-O., et pour ajouter des pouvoirs réglementaires afin de permettre l'adoption de codes de déontologie et de normes de pratique. Des modifications à la *Loi sur la profession infirmière* ont également été proposées par l'introduction du projet de loi 77 en mars 2023 afin de moderniser le processus de plaintes et de discipline et d'intégrer tous les professionnels infirmiers dans un cadre législatif unique. Aucune modification n'a été apportée à la *Loi sur la profession de sage-femme* en 2022–2023.

Pour la période de 2022–2023, il y avait 330 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 prénatals et postnatals;
- › les examens de la vue, les traitements et les chirurgies effectués par un ophtalmologiste.

Parmi les services non assurés, il y a :

- › l'examen physique annuel;
- › la chirurgie esthétique;
- › les services qui sont considérés comme expérimentaux;
- › les médicaments d'ordonnance;
- › les examens physiques effectués à la demande d'un tiers;
- › les services d'optométrie;

- › les services dentaires autres que certains actes liés à des maladies ou à des blessures de la mâchoire;
- › les services de chiropraticiens, de naturopathes, de podiatres et d'ostéopathes, et les traitements d'acupuncture;
- › les services de physiothérapie, d'orthophonie et de psychologie reçus dans un établissement autre qu'un établissement de consultation externe assuré (hôpital);
- › tout service auquel un résident a droit au titre de la loi, p. ex., la *Loi sur l'indemnisation des travailleurs*, la *Loi sur la santé publique* ou une autre loi territoriale ou fédérale, y compris les traitements fournis à des vétérans qui ont droit à de tels traitements par suite de leur service dans les Forces armées.

Il incombe au directeur de l'assurance-maladie de recommander au ministre les tarifs des services assurés pour les services payés par le Régime d'assurance-maladie des T.N.-O. Et c'est au ministre qu'il revient 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, et 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.

Bien que les services assurés n'aient connu aucun changement au cours de l'exercice 2022–2023, l'évaluation d'éventuels ajouts se fait au cas par cas. Le directeur de l'assurance-maladie prend ses décisions en la matière en fonction de l'avis du conseiller médical. Il s'agit d'une approche « de juste envergure », qui adapte la complexité du processus décisionnel à la taille du système de santé et de services sociaux des T.N.-O. Les consultations publiques sont aisément accessibles par l'intermédiaire des conseils régionaux du mieux-être.

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. Le barème de l'Alberta pour les services de chirurgie buccale et maxillo-faciale sert de guide¹³.

¹³ <https://open.alberta.ca/dataset/schedule-of-dental-benefits>

Les dentistes ne peuvent participer au Régime d'assurance-maladie des T.N.-O., sauf lorsque les soins sont médicalement nécessaires et lorsque les services sont fournis dans un hôpital. Les dentistes, lorsqu'ils fournissent des services à l'hôpital, facturent l'acte dentaire au tiers fournisseur de l'assurance, et les services d'anesthésie sont couverts par le Régime d'assurance-maladie des T.N.-O.

Les seuls actes de chirurgie dentaire qui font partie des services assurés sont les actes de reconstruction du visage, principalement de la bouche et de la mâchoire, en cas de traumatisme ou d'anomalie congénitale. De tels actes ne sont en réalité pas considérés comme des actes dentaires, mais comme des interventions médicales d'urgence qui sont soumis à la recommandation du médecin. Aucune intervention n'a été ajoutée au cours de l'exercice 2022–2023 à la liste des services chirurgicaux assurés dans le cadre du 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. Parmi les services non assurés figurent :

- › la fécondation in vitro;
- › les examens effectués par des tiers;
- › les services dentaires autres que les services de chirurgie;
- › les services médicolégaux;
- › les consultations téléphoniques ou les ordonnances fournies par téléphone;
- › les services fournis par un médecin aux membres de sa famille;
- › les services fournis par des personnes qui sont généralement considérées comme des prestataires de soins de médecine alternative, telles que 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.

La Commission de la sécurité au travail et de l'indemnisation des travailleurs (CSTIT) assume les coûts des services nécessaires au traitement d'un travailleur qui a subi une blessure au travail, conformément aux politiques de la CSTIT. La politique qui aborde les éléments de preuve donnant droit à une telle indemnisation se trouve dans le Manuel de politiques (politique 03.02) de la CSTIT des T.N.-O. et du Nunavut, accessible dans le site de la [Commission de la sécurité au travail et de l'indemnisation des travailleurs](#).

Le ministre peut modifier la liste des services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés. Bien que les services non assurés n'aient connu aucun changement au cours de l'exercice 2022–2023, l'évaluation d'éventuels ajouts se fait au cas par cas. Le directeur de l'assurance-maladie prend ses décisions en la matière en fonction de l'avis du conseiller médical. Il s'agit d'une approche « de juste envergure », qui adapte la complexité du processus décisionnel à la taille du système de santé et de services sociaux des T.N.-O. Les consultations publiques sont accessibles par l'intermédiaire des conseils régionaux du mieux-être.



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-maladie des T.N.-O. Les T.N.-O. utilisent des lignes directrices, conformément à la législation et à l'Accord interprovincial sur l'admissibilité et la transférabilité, pour déterminer l'admissibilité et respecter leurs obligations au titre 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 au *Règlement sur l'assurance-maladie*. Les membres de familles de militaires sont exemptés de la période d'attente de trois mois et peuvent bénéficier de la couverture dès leur premier jour sur le territoire.

Conformément à la *Loi sur l'assurance-maladie*, un résident est une personne qui a légalement le droit d'être ou de demeurer au Canada, qui établit sa résidence et est ordinairement présente dans les T.N.-O., mais ne comprend ni les touristes, ni les personnes de passage ou les visiteurs des T.N.-O. Aucune modification n'a été apportée en 2022–2023 concernant l'admissibilité à la *Loi sur l'assurance-maladie*.

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. S'il souhaite être exclu du Régime d'assurance-santé des T.N.-O., un résident peut en tout temps en informer l'administrateur du Régime.

Les personnes admissibles sont celles qui ont établi leur résidence permanente dans les T.N.-O., les membres de la Gendarmerie royale du Canada résidant aux T.N.-O., les personnes à charge d'un membre des Forces armées canadiennes résidant aux T.N.-O., les Canadiens de retour au pays ou les résidents permanents de retour au pays (une personne qui a immigré au Canada avec le statut de résident permanent par le biais de Citoyenneté et Immigration Canada), et les personnes travaillant sur un site minier qui ne maintiennent pas de résidence permanente dans une autre province.

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.

Conformément à l'Accord interprovincial sur l'admissibilité et la transférabilité de l'assurance-hospitalisation et l'assurance médicale, les résidents qui ont été détenus dans des pénitenciers fédéraux deviennent admissibles dès leur remise en liberté dans les T.N.-O.; une personne devient aussi admissible dès lors qu'elle établit sa résidence permanente aux T.N.-O. Les Canadiens de retour au pays sont admissibles dès le jour de leur arrivée dans les T.N.-O., tout comme les résidents permanents, à condition que les T.N.-O. soient le premier territoire où ils établissent leur résidence à l'arrivée ou au retour au Canada.

Si une demande de carte santé des T.N.-O. est refusée, si la couverture est refusée pour une intervention ou si une personne interjette appel de la décision d'annuler sa carte santé des T.N.-O., elle peut faire appel de la décision 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 2023, il y avait 41 331 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 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, y compris ceux dont la carte de résidence permanente est venue à échéance, sont couverts le premier jour de leur arrivée dans les T.N.-O., à condition que les T.N.-O. soient leur premier lieu de 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 personnes résidentes :

- › 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 12 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. Aucune modification n'a été apportée au cours de l'exercice 2022–2023 à la *Loi sur l'assurance-maladie*.

Les résidents des T.N.-O. demeurent assurés 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 assurés. Les frais des services assurés reçus dans une autre province ou un autre territoire sont entièrement payés. Le critère d'absence temporaire veut que la personne soit physiquement présente dans les T.N.-O. au moins 153 jours par année civile pour que son statut de résident soit maintenu.

Sur présentation d'une carte santé des T.N.-O. valide, la plupart des visites chez le médecin et des services hospitaliers sont facturées directement au Ministère. Durant la période couverte par le rapport, environ 34,0 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 des T.N.-O. qui ont recours à des services médicalement nécessaires pendant qu'ils sont temporairement à l'extérieur du pays. Aucune modification n'a été apportée au cours de l'exercice 2022–2023 à la *Loi sur l'assurance-maladie*.

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. Les Canadiens de retour au pays sont assurés dès le jour de leur arrivée dans les T.N.-O. Des documents à l'appui du jour de l'arrivée sont requis. Les résidents permanents (immigrants reçus) sont couverts le premier jour de leur arrivée dans les T.N.-O. s'ils disposent des documents nécessaires remis par Immigration Canada et que les T.N.-O. sont leur premier lieu de résidence au Canada et qu'ils ont l'intention d'y résider. Les travailleurs étrangers titulaires d'un permis de travail fermé qui est en règle sont admissibles à la couverture dès le jour de leur arrivée dans les T.N.-O. Les aides familiaux résidents titulaires d'un permis de travail indiquant les T.N.-O. comme lieu de travail sont admissibles à la couverture dès le premier jour. Les membres de familles de militaires sont également admissibles à la couverture dès le premier jour.

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 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, conformément à l'alinéa 12(1)a) de la *Loi canadienne sur la santé*¹⁴.

¹⁴ Les détails de la politique de déplacement à des fins médicales se trouvent ici : <https://www.hss.gov.nt.ca/fr/services/d%C3%A9placement-pour-raisons-m%C3%A9dicales/politique-sur-les-d%C3%A9placements-pour-raisons-m%C3%A9dicales>

La surfacturation est interdite conformément à l'article 18 de la *Loi canadienne sur la santé* et au paragraphe 14(1) de la *Loi sur l'assurance-maladie*. L'unique exception s'applique au médecin qui se retire du Régime d'assurance-maladie des T.N.-O. et fixe ses propres honoraires. Il n'y a pas eu de surfacturation en 2022–2023.

Le paragraphe 14(2) de la *Loi sur l'assurance-maladie* interdit également les frais modérateurs à moins que le médecin ne se retire du Régime d'assurance-maladie des T.N.-O., qu'il fixe ses propres honoraires et qu'il donne un préavis raisonnable quant à son intention de 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, ce comité n'a pas été mis en place.

Les plaintes concernant la surfacturation et les frais modérateurs peuvent être adressées aux coordonnées ci-dessous :

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 1-867-678-8050
Télécopieur : 1-867-777-3197

5.2 Rémunération des médecins

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (le Ministère), en 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.

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 titre du Transfert en matière de santé du Canada dans les documents suivants : Comptes publics du gouvernement des T.N.-O. pour 2021–2022 Section I : États financiers consolidés du gouvernement des T.N.-O. (publié le 15 novembre 2022) et Budget principal des dépenses du gouvernement des T.N.-O. 2023–2024 (publié en 22 février 2023).

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 est également présenté annuellement à l'Assemblée législative.

PERSONNES INSCRITES

	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
1. Nombre en date du 31 mars	43 324	42 501	43 211	43 902	43 902

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE

ÉTABLISSEMENTS PUBLICS	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
2. Nombre	23	23	23	23	23
3. Paiements pour des services de santé assurés (\$)¹	82 699 667	98 439 727	107 379 830	109 753 537	125 847 456
ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS À BUT LUCRATIF	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
4. Nombre d'établissements privés à but lucratif offrant des services de santé assurés	0	0	0	0	0
5. Paiements aux établissements privés à but lucratif pour des services de santé assurés (\$)	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o

Toutes les données sont sujettes à des révisions futures.

¹ Les paiements pour les services de santé assurés sont estimés et ne comprennent que les services de santé offerts dans les établissements de soins de courte durée (c.-à-d. les hôpitaux qui offrent à la fois des services aux patients hospitalisés et aux patients externes).

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

	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
6. Nombre total de demandes, patients hospitalisés	1 396	1 451	1 216	1 418	1 409
7. Total des paiements patients hospitalisés (\$)	25 791 976	21 691 553	21 022 689	23 532 180	26 670 407
8. Nombre total de demandes, patients externes	15 582	14 719	11 536	12 993	14 992
9. Total des paiements, patients externes (\$)	7 608 574	7 150 718	5 268 465	5 965 036	7 326 113

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA²

PRÉ-APPROUVÉS	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
10. Nombre total de demandes, patients hospitalisés	0	0	0	0	0
11. Total des paiements, patients hospitalisés (\$)	0	0	0	0	0
12. Nombre total de demandes, patients externes	1	2	0	8	0
13. Total des paiements, patients externes (\$)	320	5 253	0	12 329	0
NON PRÉ-APPROUVÉS	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
14. Nombre total de demandes, patients hospitalisés	11	8	2	3	2
15. Total des paiements patients hospitalisés non pré-approuvés (\$)	32 727	34 544	38 039	9 557	28 172
16. Nombre total de demandes, patients externes non pré-approuvés	50	27	1	2	8
17. Total des paiements, patients externes non pré-approuvés (\$)	26 157	10 892	359	2 873	4 672

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE

	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
18. Nombre de médecins participants ³	374	421	390	437	330
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	57 405 423	59 307 947	69 731 726	69 149 635	79 766 508
22. Total des paiements des services médicaux rémunérés à l'acte (\$)	1 183 698	1 327 593	1 791 787	1 992 265	1 959 919

Toutes les données sont sujettes à des révisions futures.

² 2018–2019 est la première année où Santé Canada a demandé que les demandes et les dépenses soient ventilées en données préapprouvées et non préapprouvées. Avant 2018–2019, toutes les demandes à l'étranger sont incluses dans la catégorie des demandes non pré-approuvées.

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

	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
23. Nombre de services	65 023	65 194	51 750	56 909	58 209
24. Total des paiements (\$)	7 343 046	7 293 182	6 577 253	7 085 520	6 855 422

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA⁵

PRÉ-APPROUVÉS	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
25. Nombre de services	1	0	0	0	0
26. Total des paiements (\$)	2 603	0	0	0	0
NON PRÉ-APPROUVÉS	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
27. Nombre de services	73	51	2	13	17
28. Total des paiements (\$)	6 532	14 389	580	5 764	4 020

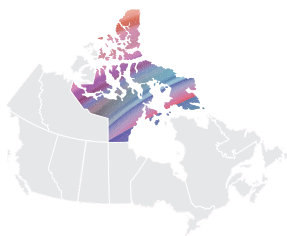
SERVICES DE CHIRURGIE DENTAIRE ASSURÉS FOURNIS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE

	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
29. Nombre de dentistes participants	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o
30. Nombre de dentistes ayant opté pour le retrait du régime d'assurance-santé ⁶	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o
31. Nombre de dentistes non participant ⁶	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o
32. Nombre de services fournis	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o
33. Total des paiements (\$)	s/o	s/o	s/o	s/o	s/o

⁵ 2018–2019 est la première année où Santé Canada a demandé que les demandes et les dépenses soient ventilées en données préapprouvées et non préapprouvées. Avant 2018–2019, toutes les demandes à l'étranger sont incluses dans la catégorie des demandes non pré-approuvées.

⁶ Santé Canada a demandé que cette information 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 40 521 personnes, environ le tiers a moins de 15 ans^{15,16}. 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 2022–2023, le budget territorial de fonctionnement et d'entretien du Ministère s'élevait à 466 117 000 \$, incluant les crédits supplémentaires¹⁷. 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 2022–2023, un montant total de 26 040 000 \$ a été alloué au Ministère pour des projets d'immobilisations¹⁸. Les projets d'immobilisations du Ministère pour 2022–2023 comprennent la construction de l'établissement de soins de longue durée à Rankin Inlet et du nouveau Centre de rétablissement du Nunavut (Aqqusariaq) à Iqaluit.

¹⁵ https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1710000901&request_locale=fr

¹⁶ <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/index-eng.cfm>

¹⁷ Crédits supplémentaires (fonctionnement et entretien), no 1, 2022–2023.
https://www.gov.nu.ca/sites/default/files/documents/2022-11/capital_supp_2022-2023_-_english.pdf (en anglais seulement).

¹⁸ Budget d'immobilisations de 2021–2022, Ministère des Finances.
https://www.gov.nu.ca/sites/default/files/documents/2022-11/2022-23_capital_estimates_english_2.pdf (en anglais seulement).



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.

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 2021–2022 sur le fonctionnement du régime d'assurance-maladie](#) (en anglais seulement) établi par le directeur de l'assurance-maladie a été présenté 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 2 novembre 2022 pour l'exercice 2021–2022. Le rapport du vérificateur indépendant à l'Assemblée législative du Nunavut est disponible à la page 19 du [rapport des comptes publics du gouvernement du Nunavut](#) (en anglais seulement).



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 2022–2023.

En 2022–2023, des services hospitaliers assurés ont été fournis dans 27 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).

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 financés par des fonds publics, 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. Le commissaire du Nunavut, avec leur autorité, peut également adopter des règlements prescrivant les services assurés. Aucun nouveau service n'a été ajouté à la liste des services hospitaliers assurés en 2022–2023.

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 2022–2023. 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. Un examen de la *Loi sur les infirmières et infirmiers* a débuté en 2021–2022.

Lors de leur inscription initiale, les médecins doivent être membres en règle d'un collège de médecins et de chirurgiens d'une administration canadienne pour être autorisés à exercer 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. Il y a 40,5 postes de médecins de famille, qui sont assurés par une combinaison de médecins suppléants et de médecins à temps plein. Le recrutement de médecins de famille à temps plein est devenu un défi croissant et reste une priorité élevée pour le Ministère. En 2022–2023, les médecins de famille ont fourni plus de 10 966 jours de services sur l'ensemble du territoire.

Parmi les 40,5 postes de médecins à temps plein au Nunavut, 24,5 se trouvent dans la région de Qikiqtaaluk, 11 dans la région de Kivalliq et cinq dans la région de Kitikmeot. Il y a aussi trois postes de chirurgien généraliste, trois postes d'anesthésiste, 4 postes de pédiatres et deux postes de gynécologue-obstétricien 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 par la division des affaires médicales du Ministère en consultation avec les dirigeants régionaux.

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 2022–2023, 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 2022–2023, 170 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 un autre 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 n/ds dans le territoire.

Une liste des catégories de services assurés courants conformément au *Règlement sur l'assurance-maladie* du Nunavut est présentée ciaprès. Les services s'inscrivant dans ces catégories sont considérés comme étant assurés si le diagnostic et/ou le traitement nécessaire à des fins médicales est fourni à l'intérieur ou à l'extérieur du territoire.

- › anesthésiologie;
- › chirurgie cardiothoracique et vasculaire;
- › dermatologie;
- › omnipraticien;
- › gynécologie;
- › chirurgie générale;
- › médecine interne;
- › neurologie;
- › obstétrique;
- › ophtalmologie;
- › oto-rhino-laryngologie;
- › orthopédie;
- › pédiatrie;
- › chirurgie plastique (et non esthétique);
- › psychiatrie;
- › radiologie;
- › urologie.

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 2022–2023, 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'assurancesanté 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). Le Ministère assure tous les services de chirurgie buccale énoncés dans les ententes bilatérales provinciales et territoriales de facturation réciproque. 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. Les dentistes se rendant au Nunavut pour offrir des services aux termes des ententes conclues avec le gouvernement du Nunavut et n'ont pas l'option de retrait.

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 2022–2023.

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 2022–2023, à l'Hôpital général Qikiqtani, le tarif journalier de séjour pour les services fournis à des non-Canadiens était de 3 219 \$. À Rankin Inlet et à Cambridge Bay, le tarif d'hospitalisation était de 1 808 \$.

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 2022–2023.

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 le premier jour .

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 2023, 41 325 personnes étaient inscrites au Régime d'assurance-santé du Nunavut, soit une augmentation de 739 comparativement à 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 catégories de personnes non admissibles à la couverture vont comme suit :

- › les non-Canadiens qui détiennent un visa d'emploi valide pour moins de 12 mois;
- › les étudiants étrangers qui détiennent un visa valide pour moins de 12 mois;
- › les travailleurs de passage et les travailleurs saisonniers;
- › les réfugiés et les immigrants;
- › les personnes qui détiennent un permis ministériel (à l'exception des personnes détenant un permis de séjour temporaire, pour qui la situation peut être revue au cas par cas).

Les enfants nés à l'extérieur du pays dont les parents sont des citoyens canadiens sont couverts lors de leur retour au Nunavut. Les résidents de retour dans le territoire (dont la résidence a expiré) seraient couverts si une preuve de résidence est fournie.

Les situations particulières sont évaluées sur une base individuelle, ce qui cadre avec l'article 15 des lignes directrices des Territoires du Nord-Ouest sur l'inscription au régime d'assurance-santé, adoptées 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(1j) 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 2022–2023, 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)j) et o) de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des services de santé et des services sociaux* autorisent le ministre à fixer les modalités de paiement des services fournis à l'étranger aux résidents du Nunavut. Aucune modification n'a été apportée en 2022–2023 à ces lois. Durant un séjour temporaire à l'étranger, peu importe la raison, les résidents du Nunavut peuvent être couverts pendant une période maximale de 12 mois, sous réserve de la présentation préalable d'un avis écrit. Aucune exception n'est accordée dans le cadre de ce processus pour certaines catégories de personnes puisque tous les cas sont évalués individuellement. 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. Pour 2022–2023, concernant les services urgents ou n'ayant pas fait l'objet d'un renvoi, le paiement est de 2 885 \$ par jour pour les services hospitaliers et de 322 \$ 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

Les préoccupations soulevées en ce qui concerne la surfacturation au Nunavut font l'objet d'une enquête approfondie et sont gérées au moyen de mesures disciplinaires, au besoin. Si une surfacturation s'est produite à l'extérieur du territoire, il revient à l'administration où une telle surfacturation s'est produite de réaliser une enquête et de gérer la situation.

L'Hôpital général Qikiqtani, un site de service de santé d'Iqaluit, est actuellement 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. Il compte également quatre salles d'accouchement, deux lits de soins post-anesthésiques et cinq 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. Les services médicaux offerts comprennent une clinique de soins ambulatoires et externes, des services d'urgence en traumatologie et stabilisation, de même que des services pédiatriques, des services de médecine générale, de maternité et de soins palliatifs. Les services de spécialistes sur place comprennent la pédiatrie, la chirurgie générale et la gynécologie. Les services de spécialistes itinérants comprennent l'ophtalmologie, l'urologie, l'orthopédie, l'oto-rhino-laryngologie et la chirurgie dentaire sous anesthésie générale et sédation consciente. Les patients nécessitant des 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, Igloodik et Cambridge Bay. Ces établissements fournissent à temps plein des services de soins infirmiers et personnels aux adultes. Les centres de Gjoa Haven et d'Igloodik comptent 10 lits chacun, tandis que celui de Cambridge Bay en comprend 8.

Le Nunavut a conclu des accords avec un certain nombre d'autorités régionales de santé à l'extérieur du territoire et avec des établissements particuliers à l'égard de la prestation de services par des médecins spécialistes et d'autres professionnels de la santé itinérants. Les services spécialisés suivants ont été offerts au Nunavut en 2022–2023 dans le cadre du programme des spécialistes itinérants : ophtalmologie, orthopédie, médecine interne, otolaryngologie, neurologie, rhumatologie, dermatologie, urologie, pneumologie, cardiologie, clinique d'évaluation d'arthroplastie, étude du sommeil, chirurgie buccale et allergologie. Les consultations de spécialistes itinérants sont prévues à l'avance, et sont offerts à des semaines spécifiques tout au long de l'année. En raison des restrictions liées à la pandémie de COVID-19, les cliniques spécialisées en personne ont été réduites, annulées ou reportées en réponse aux éclosions de COVID-19. Les soins virtuels ont été utilisés chaque fois que cela était possible.

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. Comme il est énoncé au paragraphe S.5.1(1) de la *Loi sur l'assurance-maladie*, « le directeur peut, lorsqu'il l'estime nécessaire, en conformité avec la présente loi et ses règlements, conclure des accords relatifs aux services rendus suivant une autre formule que la formule de rémunération à l'acte ». Les modalités des contrats sont établies par le ministère. 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. Pour l'exercice 2022–2023, ils comprennent les indicateurs économiques et financiers 2022–2023 et le Plan d'activités 2023–2026 du gouvernement du Nunavut et des entreprises territoriales.

PERSONNES INSCRITES

	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
1. Nombre en date du 31 mars ¹	38 824	38 997	39 945	40 586	41 325

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE

ÉTABLISSEMENTS PUBLICS	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
2. Nombre	28	28	28	28	27
3. Paiements pour des services de santé assurés (\$)	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS À BUT LUCRATIF	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
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

	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
6. Nombre total de demandes, patients hospitalisés	3 976	4 139	4 204	4 043	3 766
7. Total des paiements patients hospitalisés (\$)	44 160 583	48 802 196	49 827 272	44 278 952	49 289 353
8. Nombre total de demandes, patients externes	26 493	28 096	23 583	23 836	24 328
9. Total des paiements, patients externes (\$)	12 337 509	12 961 710	10 538 570	10 424 441	11 373 874

¹ La différence entre le nombre de résidents inscrits du Nunavut et ceux qui sont couverts par le Régime de soins de santé du Nunavut est attribuable aux retards dans le recoupement des données sur les résidents qui ont quitté le territoire.

SERVICES HOSPITALIERS ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA²

PRÉ-APPROUVÉS	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
10. Nombre total de demandes, patients hospitalisés	n/d	n/d	0	0	0
11. Total des paiements, patients hospitalisés (\$)	n/d	n/d	0	0	0
12. Nombre total de demandes, patients externes	n/d	n/d	15	20	30
13. Total des paiements, patients externes (\$)*	n/d	n/d	16 377	16 830	37 851
NON PRÉ-APPROUVÉS	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
14. Nombre total de demandes, patients hospitalisés	n/d	n/d	0	0	0
15. Total des paiements patients hospitalisés non pré-approuvés (\$)	n/d	n/d	0	0	0
16. Nombre total de demandes, patients externes non pré-approuvés	n/d	n/d	0	0	0
17. Total des paiements, patients externes non pré-approuvés (\$)	n/d	n/d	0	0	0

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS DANS LA PROVINCE OU LE TERRITOIRE

	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
18. Nombre de médecins participants	137	177 ³	138 ³	127 ³	170 ³
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 (\$)	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
22. Total des paiements des services médicaux rémunérés à l'acte (\$)⁴	574 179	870 135	801 070	0	0

* Ces chiffres reflètent la facturation au moment de l'établissement du rapport. Les paiements totaux devraient être plus élevés au fur et à mesure que les demandes sont traitées au cours d'un exercice, dans les exercices à venir.

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. Les demandes concernent des tests génétiques effectués à l'étranger.

³ Ce chiffre indique le nombre de médecins généralistes qui fournissent des services au Nunavut. Le total n'inclut pas les services spécialisés.

⁴ En règle générale, le Nunavut ne rémunère pas les médecins à l'acte. La majorité des médecins sont rémunérés par des salaires contractuels. Les totaux des médecins rémunérés à l'acte fluctuent en fonction de la période de l'année à laquelle les chiffres sont fournis et des cycles de facturation.

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

	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
23. Nombre de services	121 456	128 069	113 217	122 616	136 168
24. Total des paiements (\$)	9 899 822	10 208 947	9 127 352	9 454 239	10 561 554

SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS FOURNIS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA⁵

PRÉ-APPROUVÉS	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
25. Nombre de services	s/o	s/o	0	0	0
26. Total des paiements (\$)	s/o	s/o	0	0	0
NON PRÉ-APPROUVÉS	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
27. Nombre de services	9	11	0	0	2
28. Total des paiements (\$)	710	678	0	0	181

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

	2018–2019	2019–2020	2020–2021	2021–2022	2022–2023
29. Nombre de dentistes participants	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
30. Nombre de dentistes ayant opté pour le retrait du régime d'assurance-santé	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
31. Nombre de dentistes non participants	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
32. Nombre de services fournis	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d
33. Total des paiements (\$)	n/d	n/d	n/d	n/d	n/d

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.



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 October 31, 2023

À jour au 31 octobre 2023

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.

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.

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.

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

This consolidation is current to October 31, 2023. The last amendments came into force on December 12, 2017. Any amendments that were not in force as of October 31, 2023 are set out at the end of this document under the heading "Amendments Not in Force".

NOTE

Cette codification est à jour au 31 octobre 2023. Les dernières modifications sont entrées en vigueur le 12 décembre 2017. Toutes modifications qui n'étaient pas en vigueur au 31 octobre 2023 sont énoncées à la fin de ce document sous le titre « Modifications non en vigueur ».

TABLE OF PROVISIONS**An Act relating to cash contributions by Canada and relating to criteria and conditions in respect of insured health services and extended health care services**

	Short Title
1	Short title
	Interpretation
2	Definitions
	Canadian Health Care Policy
3	Primary objective of Canadian health care policy
	Purpose
4	Purpose of this Act
	Cash Contribution
5	Cash contribution
	Program Criteria
7	Program criteria
8	Public administration
9	Comprehensiveness
10	Universality
11	Portability
12	Accessibility
	Conditions for Cash Contribution
13	Conditions
	Defaults
14	Referral to Governor in Council
15	Order reducing or withholding contribution
16	Reimposition of reductions or withholdings
17	When reduction or withholding imposed

TABLE ANALYTIQUE**Loi concernant les contributions pécuniaires du Canada ainsi que les principes et conditions applicables aux services de santé assurés et aux services complémentaires de santé**

	Titre abrégé
1	Titre abrégé
	Définitions
2	Définitions
	Politique canadienne de la santé
3	Objectif premier
	Raison d'être
4	Raison d'être de la présente loi
	Contribution pécuniaire
5	Contribution pécuniaire
	Conditions d'octroi
7	Règle générale
8	Gestion publique
9	Intégralité
10	Universalité
11	Transférabilité
12	Accessibilité
	Contribution pécuniaire assujettie à des conditions
13	Obligations de la province
	Manquements
14	Renvoi au gouverneur en conseil
15	Décret de réduction ou de retenue
16	Nouvelle application des réductions ou retenues
17	Application aux exercices ultérieurs

Canada Health
TABLE OF PROVISIONS

Loi canadienne sur la santé
TABLE ANALYTIQUE

Extra-billing and User Charges

- 18 Extra-billing
- 19 User charges
- 20 Deduction for extra-billing
- 21 When deduction made

Regulations

- 22 Regulations

Report to Parliament

- 23 Annual report by Minister

Surfacturation et frais modérateurs

- 18 Surfacturation
- 19 Frais modérateurs
- 20 Déduction en cas de surfacturation
- 21 Application aux exercices ultérieurs

Règlements

- 22 Règlements

Rapport au Parlement

- 23 Rapport annuel du ministre



R.S.C., 1985, c. C-6

L.R.C., 1985, ch. C-6

An Act relating to cash contributions by Canada and relating to criteria and conditions in respect of insured health services and extended health care services

Loi concernant les contributions pécuniaires du Canada ainsi que les principes et conditions applicables aux services de santé assurés et aux services complémentaires de santé

Preamble

WHEREAS the Parliament of Canada recognizes:

—that it is not the intention of the Government of Canada that any of the powers, rights, privileges or authorities vested in Canada or the provinces under the provisions of the *Constitution Act, 1867*, or any amendments thereto, or otherwise, be by reason of this Act abrogated or derogated from or in any way impaired;

—that Canadians, through their system of insured health services, have made outstanding progress in treating sickness and alleviating the consequences of disease and disability among all income groups;

—that Canadians can achieve further improvements in their well-being through combining individual lifestyles that emphasize fitness, prevention of disease and health promotion with collective action against the social, environmental and occupational causes of disease, and that they desire a system of health services that will promote physical and mental health and protection against disease;

—that future improvements in health will require the cooperative partnership of governments, health professionals, voluntary organizations and individual Canadians;

—that continued access to quality health care without financial or other barriers will be critical to maintaining and improving the health and well-being of Canadians;

AND WHEREAS the Parliament of Canada wishes to encourage the development of health services

Préambule

Considérant que le Parlement du Canada reconnaît :

que le gouvernement du Canada n'entend pas par la présente loi abroger les pouvoirs, droits, privilèges ou autorités dévolus au Canada ou aux provinces sous le régime de la *Loi constitutionnelle de 1867* et de ses modifications ou à tout autre titre, ni leur déroger ou porter atteinte,

que les Canadiens ont fait des progrès remarquables, grâce à leur système de services de santé assurés, dans le traitement des maladies et le soulagement des affections et déficiences parmi toutes les catégories socio-économiques,

que les Canadiens peuvent encore améliorer leur bien-être en joignant à un mode de vie individuel axé sur la condition physique, la prévention des maladies et la promotion de la santé, une action collective contre les causes sociales, environnementales ou industrielles des maladies et qu'ils désirent un système de services de santé qui favorise la santé physique et mentale et la protection contre les maladies,

que les améliorations futures dans le domaine de la santé nécessiteront la coopération des gouvernements, des professionnels de la santé, des organismes bénévoles et des citoyens canadiens,

que l'accès continu à des soins de santé de qualité, sans obstacle financier ou autre, sera déterminant pour la conservation et l'amélioration de la santé et du bien-être des Canadiens;

considérant en outre que le Parlement du Canada souhaite favoriser le développement des services de

Canada Health
Short Title
Sections 1-2

Santé
Titre abrégé
Articles 1-2

throughout Canada by assisting the provinces in meeting the costs thereof;

NOW, THEREFORE, Her Majesty, by and with the advice and consent of the Senate and House of Commons of Canada, enacts as follows:

Short Title

Short title

1 This Act may be cited as the *Canada Health Act*.

1984, c. 6, s. 1.

Interpretation

Definitions

2 In this Act,

Act of 1977 [Repealed, 1995, c. 17, s. 34]

cash contribution means the cash contribution in respect of the Canada Health Transfer that may be provided to a province under sections 24.2 and 24.21 of the *Federal-Provincial Fiscal Arrangements Act*; (*contribution pécuniaire*)

contribution [Repealed, 1995, c. 17, s. 34]

dentist means a person lawfully entitled to practise dentistry in the place in which the practice is carried on by that person; (*dentiste*)

extended health care services means the following services, as more particularly defined in the regulations, provided for residents of a province, namely,

- (a) nursing home intermediate care service,
- (b) adult residential care service,
- (c) home care service, and
- (d) ambulatory health care service; (*services complémentaires de santé*)

extra-billing means the billing for an insured health service rendered to an insured person by a medical practitioner or a dentist in an amount in addition to any amount paid or to be paid for that service by the health care insurance plan of a province; (*surfacturation*)

health care insurance plan means, in relation to a province, a plan or plans established by the law of the province to provide for insured health services; (*régime d'assurance-santé*)

santé dans tout le pays en aidant les provinces à en supporter le coût,

Sa Majesté, sur l'avis et avec le consentement du Sénat et de la Chambre des communes du Canada, édicte :

Titre abrégé

Titre abrégé

1 *Loi canadienne sur la santé*.

1984, ch. 6, art. 1.

Définitions

Définitions

2 Les définitions qui suivent s'appliquent à la présente loi.

assuré Habitant d'une province, à l'exception :

- a) des membres des Forces canadiennes;
- b) [Abrogé, 2012, ch. 19, art. 377]
- c) des personnes purgeant une peine d'emprisonnement dans un pénitencier, au sens de la Partie I de la *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition*;
- d) des habitants de la province qui s'y trouvent depuis une période de temps inférieure au délai minimal de résidence ou de carence d'au plus trois mois imposé aux habitants par la province pour qu'ils soient admissibles ou aient droit aux services de santé assurés. (*insured person*)

contribution [Abrogée, 1995, ch. 17, art. 34]

contribution pécuniaire La contribution au titre du Transfert canadien en matière de santé qui peut être versée à une province au titre des articles 24.2 et 24.21 de la *Loi sur les arrangements fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces*. (*cash contribution*)

dentiste Personne légalement autorisée à exercer la médecine dentaire au lieu où elle se livre à cet exercice. (*dentist*)

frais modérateurs Frais d'un service de santé assuré autorisés ou permis par un régime provincial d'assurance-santé mais non payables, soit directement soit indirectement, au titre d'un régime provincial d'assurance-santé,

Current to October 31, 2023

Last amended on December 12, 2017

2

À jour au 31 octobre 2023

Dernière modification le 12 décembre 2017

health care practitioner means a person lawfully entitled under the law of a province to provide health services in the place in which the services are provided by that person; (*professionnel de la santé*)

hospital includes any facility or portion thereof that provides hospital care, including acute, rehabilitative or chronic care, but does not include

- (a) a hospital or institution primarily for the mentally disordered, or
- (b) a facility or portion thereof that provides nursing home intermediate care service or adult residential care service, or comparable services for children; (*hôpital*)

hospital services means any of the following services provided to in-patients or out-patients at a hospital, if the services are medically necessary for the purpose of maintaining health, preventing disease or diagnosing or treating an injury, illness or disability, namely,

- (a) accommodation and meals at the standard or public ward level and preferred accommodation if medically required,
- (b) nursing service,
- (c) laboratory, radiological and other diagnostic procedures, together with the necessary interpretations,
- (d) drugs, biologicals and related preparations when administered in the hospital,
- (e) use of operating room, case room and anaesthetic facilities, including necessary equipment and supplies,
- (f) medical and surgical equipment and supplies,
- (g) use of radiotherapy facilities,
- (h) use of physiotherapy facilities, and
- (i) services provided by persons who receive remuneration therefor from the hospital,

but does not include services that are excluded by the regulations; (*services hospitaliers*)

insured health services means hospital services, physician services and surgical-dental services provided to insured persons, but does not include any health services that a person is entitled to and eligible for under any other Act of Parliament or under any Act of the legislature of a province that relates to workers' or workmen's compensation; (*services de santé assurés*)

à l'exception des frais imposés par surfacturation. (*user charge*)

habitant Personne domiciliée et résidant habituellement dans une province et légalement autorisée à être ou à rester au Canada, à l'exception d'une personne faisant du tourisme, de passage ou en visite dans la province. (*resident*)

hôpital Sont compris parmi les hôpitaux tout ou partie des établissements où sont fournis des soins hospitaliers, notamment aux personnes souffrant de maladie aiguë ou chronique ainsi qu'en matière de réadaptation, à l'exception :

- a) des hôpitaux ou institutions destinés principalement aux personnes souffrant de troubles mentaux;
- b) de tout ou partie des établissements où sont fournis des soins intermédiaires en maison de repos ou des soins en établissement pour adultes ou des soins comparables pour les enfants. (*hospital*)

loi de 1977 [Abrogée, 1995, ch. 17, art. 34]

médecin Personne légalement autorisée à exercer la médecine au lieu où elle se livre à cet exercice. (*medical practitioner*)

ministre Le ministre de la Santé. (*Minister*)

professionnel de la santé Personne légalement autorisée en vertu de la loi d'une province à fournir des services de santé au lieu où elle les fournit. (*health care practitioner*)

régime d'assurance-santé Le régime ou les régimes constitués par la loi d'une province en vue de la prestation de services de santé assurés. (*health care insurance plan*)

services complémentaires de santé Les services définis dans les règlements et offerts aux habitants d'une province, à savoir :

- a) les soins intermédiaires en maison de repos;
- b) les soins en établissement pour adultes;
- c) les soins à domicile;
- d) les soins ambulatoires. (*extended health care services*)

services de chirurgie dentaire Actes de chirurgie dentaire nécessaires sur le plan médical ou dentaire, accomplis par un dentiste dans un hôpital, et qui ne peuvent

Canada Health
Interpretation
Section 2Santé
Définitions
Article 2

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).

être accomplis convenablement qu'en un tel établissement. (*surgical-dental services*)

services de santé assurés Services hospitaliers, médicaux ou de chirurgie dentaire fournis aux assurés, à l'exception des services de santé auxquels une personne a droit ou est admissible en vertu d'une autre loi fédérale ou d'une loi provinciale relative aux accidents du travail. (*insured health services*)

services hospitaliers Services fournis dans un hôpital aux malades hospitalisés ou externes, si ces services sont médicalement nécessaires pour le maintien de la santé, la prévention des maladies ou le diagnostic ou le traitement des blessures, maladies ou invalidités, à savoir :

- a) l'hébergement et la fourniture des repas en salle commune ou, si médicalement nécessaire, en chambre privée ou semi-privée;
- b) les services infirmiers;
- c) les actes de laboratoires, de radiologie ou autres actes de diagnostic, ainsi que les interprétations nécessaires;
- d) les produits pharmaceutiques, substances biologiques et préparations connexes administrés à l'hôpital;
- e) l'usage des salles d'opération, des salles d'accouchement et des installations d'anesthésie, ainsi que le matériel et les fournitures nécessaires;
- f) le matériel et les fournitures médicaux et chirurgicaux;
- g) l'usage des installations de radiothérapie;
- h) l'usage des installations de physiothérapie;
- i) les services fournis par les personnes rémunérées à cet effet par l'hôpital.

Ne sont pas compris parmi les services hospitaliers les services exclus par les règlements. (*hospital services*)

services médicaux Services médicalement nécessaires fournis par un médecin. (*physician services*)

surfacturation Facturation de la prestation à un assuré par un médecin ou un dentiste d'un service de santé assuré, en excédent par rapport au montant payé ou à payer pour la prestation de ce service au titre du régime provincial d'assurance-santé. (*extra-billing*)

L.R. (1985), ch. C-6, art. 2; 1992, ch. 20, art. 216(F); 1995, ch. 17, art. 34; 1996, ch. 8, art. 32; 1999, ch. 26, art. 11; 2012, ch. 19, art. 377 et 407; 2017, ch. 26, art. 11(A).

Canadian Health Care Policy

Primary objective of Canadian health care policy

3 It is hereby declared that the primary objective of Canadian health care policy is to protect, promote and restore the physical and mental well-being of residents of Canada and to facilitate reasonable access to health services without financial or other barriers.

1984, c. 6, s. 3.

Purpose

Purpose of this Act

4 The purpose of this Act is to establish criteria and conditions in respect of insured health services and extended health care services provided under provincial law that must be met before a full cash contribution may be made.

R.S., 1985, c. C-6, s. 4; 1995, c. 17, s. 35.

Cash Contribution

Cash contribution

5 Subject to this Act, as part of the Canada Health Transfer, a full cash contribution is payable by Canada to each province for each fiscal year.

R.S., 1985, c. C-6, s. 5; 1995, c. 17, s. 36; 2012, c. 19, s. 408.

6 [Repealed, 1995, c. 17, s. 36]

Program Criteria

Program criteria

7 In order that a province may qualify for a full cash contribution referred to in section 5 for a fiscal year, the health care insurance plan of the province must, throughout the fiscal year, satisfy the criteria described in sections 8 to 12 respecting the following matters:

- (a) public administration;
- (b) comprehensiveness;
- (c) universality;
- (d) portability; and
- (e) accessibility.

1984, c. 6, s. 7.

Politique canadienne de la santé

Objectif premier

3 La politique canadienne de la santé a pour premier objectif de protéger, de favoriser et d'améliorer le bien-être physique et mental des habitants du Canada et de faciliter un accès satisfaisant aux services de santé, sans obstacles d'ordre financier ou autre.

1984, ch. 6, art. 3.

Raison d'être

Raison d'être de la présente loi

4 La présente loi a pour raison d'être d'établir les conditions d'octroi et de versement d'une pleine contribution pécuniaire pour les services de santé assurés et les services complémentaires de santé fournis en vertu de la loi d'une province.

L.R. (1985), ch. C-6, art. 4; 1995, ch. 17, art. 35.

Contribution pécuniaire

Contribution pécuniaire

5 Sous réserve des autres dispositions de la présente loi, le Canada verse à chaque province, pour chaque exercice, une pleine contribution pécuniaire à titre d'élément du Transfert canadien en matière de santé (ci-après, « Transfert »).

L.R. (1985), ch. C-6, art. 5; 1995, ch. 17, art. 36; 2012, ch. 19, art. 408.

6 [Abrogé, 1995, ch. 17, art. 36]

Conditions d'octroi

Règle générale

7 Le versement à une province, pour un exercice, de la pleine contribution pécuniaire visée à l'article 5 est assujéti à l'obligation pour le régime d'assurance-santé de satisfaire, pendant tout cet exercice, aux conditions d'octroi énumérées aux articles 8 à 12 quant à :

- a) la gestion publique;
- b) l'intégralité;
- c) l'universalité;
- d) la transférabilité;
- e) l'accessibilité.

1984, ch. 6, art. 7.

Public administration

8 (1) In order to satisfy the criterion respecting public administration,

(a) the health care insurance plan of a province must be administered and operated on a non-profit basis by a public authority appointed or designated by the government of the province;

(b) the public authority must be responsible to the provincial government for that administration and operation; and

(c) the public authority must be subject to audit of its accounts and financial transactions by such authority as is charged by law with the audit of the accounts of the province.

Designation of agency permitted

(2) The criterion respecting public administration is not contravened by reason only that the public authority referred to in subsection (1) has the power to designate any agency

(a) to receive on its behalf any amounts payable under the provincial health care insurance plan; or

(b) to carry out on its behalf any responsibility in connection with the receipt or payment of accounts rendered for insured health services, if it is a condition of the designation that all those accounts are subject to assessment and approval by the public authority and that the public authority shall determine the amounts to be paid in respect thereof.

1984, c. 6, s. 8.

Comprehensiveness

9 In order to satisfy the criterion respecting comprehensiveness, the health care insurance plan of a province must insure all insured health services provided by hospitals, medical practitioners or dentists, and where the law of the province so permits, similar or additional services rendered by other health care practitioners.

1984, c. 6, s. 9.

Universality

10 In order to satisfy the criterion respecting universality, the health care insurance plan of a province must entitle one hundred per cent of the insured persons of the province to the insured health services provided for by the plan on uniform terms and conditions.

1984, c. 6, s. 10.

Gestion publique

8 (1) La condition de gestion publique suppose que :

a) le régime provincial d'assurance-santé soit géré sans but lucratif par une autorité publique nommée ou désignée par le gouvernement de la province;

b) l'autorité publique soit responsable devant le gouvernement provincial de cette gestion;

c) l'autorité publique soit assujettie à la vérification de ses comptes et de ses opérations financières par l'autorité chargée par la loi de la vérification des comptes de la province.

Désignation d'un mandataire

(2) La condition de gestion publique n'est pas enfreinte du seul fait que l'autorité publique visée au paragraphe (1) a le pouvoir de désigner un mandataire chargé :

a) soit de recevoir en son nom les montants payables au titre du régime provincial d'assurance-santé;

b) soit d'exercer en son nom les attributions liées à la réception ou au règlement des comptes remis pour prestation de services de santé assurés si la désignation est assujettie à la vérification et à l'approbation par l'autorité publique des comptes ainsi remis et à la détermination par celle-ci des montants à payer à cet égard.

1984, ch. 6, art. 8.

Intégralité

9 La condition d'intégralité suppose qu'au titre du régime provincial d'assurance-santé, tous les services de santé assurés fournis par les hôpitaux, les médecins ou les dentistes soient assurés, et lorsque la loi de la province le permet, les services semblables ou additionnels fournis par les autres professionnels de la santé.

1984, ch. 6, art. 9.

Universalité

10 La condition d'universalité suppose qu'au titre du régime provincial d'assurance-santé, cent pour cent des assurés de la province ait droit aux services de santé assurés prévus par celui-ci, selon des modalités uniformes.

1984, ch. 6, art. 10.

Portabilité

11 (1) In order to satisfy the criterion respecting portability, the health care insurance plan of a province

(a) must not impose any minimum period of residence in the province, or waiting period, in excess of three months before residents of the province are eligible for or entitled to insured health services;

(b) must provide for and be administered and operated so as to provide for the payment of amounts for the cost of insured health services provided to insured persons while temporarily absent from the province on the basis that

(i) where the insured health services are provided in Canada, payment for health services is at the rate that is approved by the health care insurance plan of the province in which the services are provided, unless the provinces concerned agree to apportion the cost between them in a different manner, or

(ii) where the insured health services are provided out of Canada, payment is made on the basis of the amount that would have been paid by the province for similar services rendered in the province, with due regard, in the case of hospital services, to the size of the hospital, standards of service and other relevant factors; and

(c) must provide for and be administered and operated so as to provide for the payment, during any minimum period of residence, or any waiting period, imposed by the health care insurance plan of another province, of the cost of insured health services provided to persons who have ceased to be insured persons by reason of having become residents of that other province, on the same basis as though they had not ceased to be residents of the province.

Requirement for consent for elective insured health services permitted

(2) The criterion respecting portability is not contravened by a requirement of a provincial health care insurance plan that the prior consent of the public authority that administers and operates the plan must be obtained for elective insured health services provided to a resident of the province while temporarily absent from the province if the services in question were available on a substantially similar basis in the province.

Definition of elective insured health services

(3) For the purpose of subsection (2), **elective insured health services** means insured health services other than services that are provided in an emergency or in any

Transférabilité

11 (1) La condition de transférabilité suppose que le régime provincial d'assurance-santé :

a) n'impose pas de délai minimal de résidence ou de carence supérieur à trois mois aux habitants de la province pour qu'ils soient admissibles ou aient droit aux services de santé assurés;

b) prévoit et que ses modalités d'application assurent le paiement des montants pour le coût des services de santé assurés fournis à des assurés temporairement absents de la province :

(i) si ces services sont fournis au Canada, selon le taux approuvé par le régime d'assurance-santé de la province où ils sont fournis, sauf accord de répartition différente du coût entre les provinces concernées,

(ii) s'ils sont fournis à l'étranger, selon le montant qu'aurait versé la province pour des services semblables fournis dans la province, compte tenu, s'il s'agit de services hospitaliers, de l'importance de l'hôpital, de la qualité des services et des autres facteurs utiles;

c) prévoit et que ses modalités d'application assurent la prise en charge, pendant le délai minimal de résidence ou de carence imposé par le régime d'assurance-santé d'une autre province, du coût des services de santé assurés fournis aux personnes qui ne sont plus assurées du fait qu'elles habitent cette province, dans les mêmes conditions que si elles habitaient encore leur province d'origine.

Consentement préalable à la prestation des services de santé assurés facultatifs

(2) La condition de transférabilité n'est pas enfreinte du fait qu'il faut, aux termes du régime d'assurance-santé d'une province, le consentement préalable de l'autorité publique qui le gère pour la prestation de services de santé assurés facultatifs à un habitant temporairement absent de la province, si ces services y sont offerts selon des modalités sensiblement comparables.

Définition de services de santé assurés facultatifs

(3) Pour l'application du paragraphe (2), **services de santé assurés facultatifs** s'entend des services de santé assurés, à l'exception de ceux qui sont fournis d'urgence

Canada Health
Program Criteria
Sections 11-12

Santé
Conditions d'octroi
Articles 11-12

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.

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

Canada Health
Extra-billing and User Charges
Sections 20-21

Santé
Surfacturation et frais modérateurs
Articles 20-21

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.

Current to October 31, 2023

Last amended on December 12, 2017

12

À jour au 31 octobre 2023

Dernière modification le 12 décembre 2017

Regulations

Regulations

22 (1) Subject to this section, the Governor in Council may make regulations for the administration of this Act and for carrying its purposes and provisions into effect, including, without restricting the generality of the foregoing, regulations

- (a) defining the services referred to in paragraphs (a) to (d) of the definition *extended health care services* in section 2;
- (b) prescribing the services excluded from hospital services;
- (c) prescribing the types of information that the Minister may require under paragraph 13(a) and the times at which and the manner in which that information shall be provided; and
- (d) prescribing the manner in which recognition to the Canada Health Transfer is required to be given under paragraph 13(b).

Agreement of provinces

(2) Subject to subsection (3), no regulation may be made under paragraph (1)(a) or (b) except with the agreement of each of the provinces.

Exception

(3) Subsection (2) does not apply in respect of regulations made under paragraph (1)(a) if they are substantially the same as regulations made under the *Federal-Provincial Fiscal Arrangements Act*, as it read immediately before April 1, 1984.

Consultation with provinces

(4) No regulation may be made under paragraph (1)(c) or (d) unless the Minister has first consulted with the ministers responsible for health care in the provinces.

R.S., 1985, c. C-6, s. 22; 1995, c. 17, s. 40; 2012, c. 19, s. 410(E).

Report to Parliament

Annual report by Minister

23 The Minister shall, as soon as possible after the termination of each fiscal year and in any event not later than December 31 of the next fiscal year, make a report respecting the administration and operation of this Act for that fiscal year, including all relevant information on the extent to which provincial health care insurance

Règlements

Règlements

22 (1) Sous réserve des autres dispositions du présent article, le gouverneur en conseil peut, par règlement, prendre toute mesure d'application de la présente loi et, notamment :

- a) définir les services visés aux alinéas a) à d) de la définition de *services complémentaires de santé* à l'article 2;
- b) déterminer les services exclus des services hospitaliers;
- c) déterminer les genres de renseignements dont peut avoir besoin le ministre en vertu de l'alinéa 13a) et fixer les modalités de temps et autres de leur communication;
- d) prévoir la façon dont il doit être fait état du Transfert en vertu de l'alinéa 13b).

Consentement des provinces

(2) Sous réserve du paragraphe (3), il ne peut être pris de règlements en vertu des alinéas (1)a) ou b) qu'avec l'accord de chaque province.

Exception

(3) Le paragraphe (2) ne s'applique pas aux règlements pris en vertu de l'alinéa (1)a) s'ils sont sensiblement comparables aux règlements pris en vertu de la *Loi sur les arrangements fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces*, dans sa version précédant immédiatement le 1^{er} avril 1984.

Consultation des provinces

(4) Il ne peut être pris de règlements en vertu des alinéas (1)c) ou d) que si le ministre a au préalable consulté ses homologues chargés de la santé dans les provinces.

L.R. (1985), ch. C-6, art. 22; 1995, ch. 17, art. 40; 2012, ch. 19, art. 410(A).

Rapport au Parlement

Rapport annuel du ministre

23 Au plus tard pour le 31 décembre de chaque année, le ministre établit dans les meilleurs délais un rapport sur l'application de la présente loi au cours du précédent exercice, en y incluant notamment tous les renseignements pertinents sur la mesure dans laquelle les régimes provinciaux d'assurance-santé et les provinces ont

Canada Health
Report to Parliament
Section 23

Santé
Rapport au Parlement
Article 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.

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 October 31, 2023

À jour au 31 octobre 2023

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.

**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.

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.

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

This consolidation is current to October 31, 2023. Any amendments that were not in force as of October 31, 2023 are set out at the end of this document under the heading "Amendments Not in Force".

NOTE

Cette codification est à jour au 31 octobre 2023. Toutes modifications qui n'étaient pas en vigueur au 31 octobre 2023 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*.

Interpretation

2 In these Regulations,

Act means the *Canada Health Act*; (*Loi*)

Minister means the Minister of National Health and Welfare; (*ministre*)

fiscal year means the period beginning on April 1 in one year and ending on March 31 in the following year. (*exercice*)

Types of Information

3 For the purposes of paragraph 13(a) of the Act, the Minister may require the government of a province to provide the Minister with information of the following types with respect to extra-billing in the province in a fiscal year:

(a) an estimate of the aggregate amount that, at the time the estimate is made, is expected to be charged through extra-billing, including an explanation regarding the method of determination of the estimate; and

(b) a financial statement showing the aggregate amount actually charged through extra-billing, including an explanation regarding the method of determination of the aggregate amount.

4 For the purposes of paragraph 13(a) of the Act, the Minister may require the government of a province to

Titre abrégé

1 *Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs.*

Définitions

2 Les définitions qui suivent s'appliquent au présent règlement.

exercice La période commençant le 1^{er} avril d'une année et se terminant le 31 mars de l'année suivante. (*fiscal year*)

Loi La *Loi canadienne sur la santé*. (*Act*)

ministre Le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social. (*Minister*)

Genre de renseignements

3 Pour l'application de l'alinéa 13a) de la Loi, le ministre peut exiger que le gouvernement d'une province lui fournisse les renseignements suivants sur les montants de la surfacturation pratiquée dans la province au cours d'un exercice :

a) une estimation du montant total de la surfacturation, à la date de l'estimation, accompagnée d'une explication de la façon dont cette estimation a été obtenue;

b) un état financier indiquant le montant total de la surfacturation effectivement imposée, accompagné d'une explication de la façon dont cet état a été établi.

4 Pour l'application de l'alinéa 13a) de la Loi, le ministre peut exiger que le gouvernement d'une province lui

Extra-billing and User Charges Information Regulations

Types of Information
Sections 4-5

Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs
Genre de renseignements
Articles 4-5

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

ÉTATS FINANCIERS DES MONTANTS RÉELS DE SURFACTURATION ET DE FRAIS MODÉRATEURS POUR LA PÉRIODE DU 1^{ER} AVRIL 2020 AU 31 MARS 2021

La *Loi canadienne sur la santé* (la Loi) et le *Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs* exigent 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 réels 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 réels 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 inscrit d'un service de santé assuré, en excédent par rapport au montant payé 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 tous frais facturés pour un service de santé assuré, à l'exception des frais imposés par surfacturation. Cela comprend tous les frais perçus 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 un cabinet privé).

- › 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 2020–2021 ont été confirmés sous la forme d'une lettre, qui est reproduite dans la présente annexe.
- › Remarque : 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

LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ

ÉTAT FINANCIER DES MONTANTS RÉELS DE LA SURFACTURATION ET DES FRAIS MODÉRATEURS POUR LA PÉRIODE DU 1^{ER} AVRIL 2020 AU 31 MARS 2021

1. MONTANT DE LA SURFACTURATION

La surfacturation est définie comme les frais facturés par un médecin à une personne assurée pour des services de soins de santé assurés, en plus du montant normalement acquitté par le régime d'assurance-maladie de la province ou du territoire.

Montant de la surfacturation perçu par les médecins et dentistes inscrits pour les services de santé assurés :

NUL

2. MONTANT DES FRAIS MODÉRATEURS

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

Montant des frais modérateurs perçus pour les services diagnostiques médicalement nécessaires :

NUL

Montant des frais modérateurs perçus pour tous les autres services assurés :

NUL

Remarques : Des frais peuvent être perçus pour l'hébergement ou les repas fournis à une personne hospitalisée qui, de l'avis du médecin traitant, est un résident permanent d'un hôpital ou d'un autre établissement de soins de longue durée, suivant la réserve du paragraphe 19(2). Les frais liés à cette réserve ne doivent pas être inclus dans les états financiers.

TOTAL DE LA SURFACTURATION ET DES FRAIS MODÉRATEURS

NUL

3. EXPLICATION DE LA MÉTHODE UTILISÉE POUR DÉTERMINER LE MONTANT DE LA SURFACTURATION ET LE MONTANT DES FRAIS MODÉRATEURS

Les renseignements suivants doivent être inclus dans la description de la méthode utilisée pour déterminer le montant de la surfacturation et le montant des frais modérateurs déclarés, y compris si un montant NUL est soumis :

- a) Le nom des mesures législatives provinciales ou territoriales qui interdisent la surfacturation et les frais modérateurs (y compris les frais d'établissement).

Veuillez utiliser autant d'espace que nécessaire ci-dessous ou ajouter des pages supplémentaires au besoin.

À Terre-Neuve-et-Labrador, le ministère de la Santé et des Services communautaires (HCS) gère le régime provincial d'assurance-maladie. Conformément au paragraphe 7(1) de la *Medical Care and Hospital Insurance Act*, un praticien ne peut pas facturer ou percevoir d'un bénéficiaire des honoraires pour des services assurés dépassant le montant payable en vertu de la *Loi* et de ses règlements d'application. La gestion du régime provincial d'assurance-santé, y compris la dissuasion de la surfacturation, est conforme à la *Loi* et à ses règlements d'application. Le *Medical Care Insurance Insured Services Regulations*, NLR 21/96 (le « Règlement »), revêt un intérêt particulier.

L'article 25 de la *Medical Care and Hospital Insurance Act* donne au ministre de la Santé et des Services communautaires le pouvoir de recouvrer les trop-payés et les intérêts découverts lors d'un audit. Le Ministre peut le faire en concluant un accord avec le praticien ou son ordre professionnel, ou il peut ordonner au praticien de lui verser le trop-payé, plus les intérêts.

Le 15 juin 2018, des modifications ont été apportées à l'article 3 du *Medical Care Insurance Insured Services Regulations* afin de préciser que [traduction] « l'extraction et le remplacement médicalement nécessaires d'un cristallin cataracté constituent un service assuré, quelle que soit l'intervention utilisée, et [qu']ils doivent être effectués dans un hôpital ou un établissement désigné par le lieutenant-gouverneur en conseil. »

Le 12 janvier 2021, deux établissements non hospitaliers ont reçu l'autorisation de pratiquer des chirurgies de la cataracte assurées. Un troisième a été désigné en avril 2022. La politique ci-dessous (accessible en anglais seulement) décrit les exigences que doivent respecter ces établissements non hospitaliers désignés.

<https://www.gov.nl.ca/hcs/files/Policy-for-the-Provision-of-Cataract-Surgery-in-Non-Hospital-Designated-Facilities-1.pdf>

À l'heure actuelle, l'article 3 du *Medical Care Insurance Insured Services Regulations* assure les services de laboratoire et de radiologie à visée thérapeutique ou diagnostique seulement lorsqu'ils sont fournis dans des établissements approuvés par la commission et qu'ils ne sont pas fournis aux termes de la *Medical Care and Hospital Insurance Act* et des règlements pris en vertu de cette loi. Il n'y a pas de tels établissements approuvés à Terre-Neuve-et-Labrador pour offrir des services de laboratoire et de radiologie à visée thérapeutique ou diagnostique.

- b) Les détails sur le processus d'enquête sur la surfacturation et les frais modérateurs (p. ex. audits réguliers proactifs des factures des fournisseurs; enquêtes déclenchées à la suite de plaintes de patients, de reportages médiatiques ou autres sources).

Veuillez utiliser autant d'espace que nécessaire ci-dessous ou ajouter des pages supplémentaires au besoin.

HCS effectue régulièrement des audits des factures des prestataires. Aucun montant de surfacturation ou de frais modérateurs n'a été relevé au cours de la période visée dans le cadre du processus d'audit courant. Les cas de surfacturation et de frais modérateurs peuvent être repérés au moyen du processus d'audit décrit à l'article 21 de la *Medical Care and Hospital Insurance Act* ou signalés par les bénéficiaires. Ces cas peuvent être découverts lorsque les bénéficiaires soumettent des demandes de remboursement au régime provincial d'assurance-santé (MCP) ou font des demandes de renseignements sur les services lorsque des frais sont imposés.

Les plaintes des bénéficiaires concernant les frais des services de santé assurés sont gérées par le Ministère. Selon les circonstances, ce dernier peut mener une enquête ou renvoyer l'affaire au Collège of Physicians and Surgeons of Newfoundland and Labrador, l'organisme de réglementation de l'exercice de la médecine dans la province, qui prendra des mesures disciplinaires, s'il y a lieu. Les bénéficiaires peuvent également communiquer directement avec le Collège s'ils estiment avoir fait l'objet d'une facturation abusive de la part de leur médecin. Les informations relatives aux plaintes sont disponibles sur le site portant sur la [conduite professionnelle du CPSNL \(en anglais seulement\)](https://cpsnl.ca/wp-content/uploads/2022/09/Medical-Surgical-Procedures-in-Non-Hospital-Facilities-2018.pdf). En 2018, le Collège a publié des lignes directrices destinées aux médecins pour les interventions réalisées dans des établissements non hospitaliers. Cette norme de pratique peut être consultée à l'adresse suivante : <https://cpsnl.ca/wp-content/uploads/2022/09/Medical-Surgical-Procedures-in-Non-Hospital-Facilities-2018.pdf> (en anglais seulement).

- c) Un résumé de toute enquête sur la surfacturation et les frais modérateurs au cours de l'exercice financier, y compris :

- › Le nombre d'enquêtes;
- › La nature de chaque enquête (p. ex. audits de facturation des médecins; enquêtes déclenchées par les patients; audits de cliniques privées; conclusions de rapports de tiers [p. ex. le vérificateur général]);
- › Les cas confirmés et les montants de la surfacturation et des frais modérateurs;
- › Les montants remboursés aux patients.

Veuillez utiliser autant d'espace que nécessaire ci-dessous ou ajouter des pages supplémentaires au besoin.

Chirurgie de la cataracte

En 2017–2018, HCS a reçu des plaintes de bénéficiaires concernant des frais associés à des services de chirurgie de la cataracte. HCS a publié un message d'intérêt public le 7 février 2018 invitant les personnes à communiquer avec lui en présence d'un cas soupçonné de surfacturation et de frais modérateurs liés à la chirurgie de la cataracte afin de mieux comprendre le problème. Les fonctionnaires de HCS ont assuré le suivi des appels et des courriels, et ont analysé les documents fournis par les patients. Lorsqu'il était approprié de le faire, la facturation au MCP a été examinée.

Le 20 février 2020, HCS a publié un avis public sur le processus de remboursement de la chirurgie de la cataracte. Pour avoir droit à un remboursement des frais payés pour une chirurgie de la cataracte, les patients doivent soumettre des documents indiquant que la chirurgie de la cataracte assurée a été payée à un établissement non hospitalier avant le 15 juin 2018. Les patients qui avaient déjà soumis des documents indiquant leur admissibilité au remboursement ont été joints automatiquement par HCS pour organiser le paiement. HCS a également recensé d'autres bénéficiaires qui pourraient être admissibles à un remboursement, mais pour qui les documents destinés à justifier l'admissibilité n'étaient pas concluants ou n'étaient pas disponibles. HCS a invité ces personnes à présenter des documents démontrant leur admissibilité.

Malgré l'exigence selon laquelle les services doivent avoir été fournis avant le 15 juin 2018 pour le remboursement, HCS a reçu des demandes de renseignements concernant le remboursement des services reçus après le 15 juin 2018. Pour mieux comprendre la question, les représentants de HCS ont invité ces patients à fournir les documents requis aux fins d'examen. Dans le cadre de ce processus, HCS a identifié deux patients demandant un remboursement pour des interventions réalisées sur un œil chacun au cours de la période de référence. Après un examen minutieux des documents soumis à HCS par ces patients, il n'a pas été clairement établi que ces patients ont payé pour une chirurgie de la cataracte assurée. Les factures soumises indiquent que ces deux patients ont payé pour une correction de la vue de qualité supérieure (Premium Vision Correction), ce qui constitue un service non assuré. Aucun document médical montrant l'assurabilité de ces interventions pour ces patients n'a été fourni.

Soins virtuels

Au début d'avril 2020, HCS a reçu deux plaintes distinctes selon lesquelles un médecin local avait facturé à des patients une visite pour des soins virtuels assurés. Une analyse approfondie de ces deux plaintes a révélé que les deux patients s'étaient vu imposer des frais pour une visite lorsque le médecin traitant avait dépassé la limite de quarante rencontres virtuelles par jour. Le bulletin du MCP en vigueur à ce moment-là était le suivant : <https://www.gov.nl.ca/hcs/files/mcp-providers-mcp-newsletters-newsletter-20-02.pdf> (en anglais seulement). Ce bulletin décrivait les exigences en matière de facturation pour les services de soins virtuels temporaires, y compris un nombre maximal de quarante visites virtuelles facturables par médecin par jour. Il indiquait également que les visites virtuelles financées par le système public ne devaient pas être facturées aux patients.

Les patients se sont vu imposer deux tarifs différents : 29 \$ et 39 \$; ces deux montants sont inférieurs au tarif du MCP de 42 \$. HCS n'a reçu aucune autre plainte de cette nature.

- d) Des détails sur les mécanismes visant à décourager la surfacturation et les frais modérateurs (p. ex. amendes pour les fournisseurs fautifs; retenues des paiements au titre du régime, initiatives de sensibilisation des fournisseurs et des patients, perte de l'agrément de l'établissement).

Veuillez utiliser autant d'espace que nécessaire ci-dessous ou ajouter des pages supplémentaires au besoin.

L'article 7 de la *Medical Care and Hospital Insurance Act* stipule qu'un praticien qui fournit des services assurés, qu'il ait fait ou non le choix de ne pas participer au MCP, ne peut pas facturer ou percevoir d'un bénéficiaire des honoraires pour des services assurés dépassant le montant payable en vertu de la Loi et de ses règlements d'application. 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 \$ par infraction.

La *Medical Care and Hospital Insurance Act* autorise le Ministre à nommer des auditeurs chargés de vérifier les comptes et les demandes de paiement présentées par les médecins et les dentistes. La Loi prescrit les pouvoirs et les devoirs des auditeurs, précise les recours possibles et énonce les procédures à suivre. Elle explique également les procédures de révision et d'appel dont disposent les praticiens. Toutes les deux semaines, des fournisseurs individuels sont choisis au hasard en vue d'un audit.

Chirurgie de la cataracte

Le 12 janvier 2021, deux établissements non hospitaliers ont reçu l'autorisation de pratiquer des chirurgies de la cataracte assurées. Un troisième établissement a été désigné en avril 2022. La politique suivante (accessible en anglais seulement) décrit les exigences que doivent respecter ces établissements non hospitaliers désignés : <https://www.gov.nl.ca/hcs/files/Policy-for-the-Provision-of-Cataract-Surgery-in-NonHospital-Designated-Facilities-1.pdf>. L'article 14.1 énonce les attentes en ce qui concerne la surfacturation et les frais modérateurs, qui sont interdits. L'ophtalmologiste doit s'assurer que le patient comprend que tous les services assurés sont fournis sans frais pour le patient. Les établissements non hospitaliers doivent fournir une liste détaillée des services facturés pour établir une distinction claire entre les services assurés et les services non assurés facturables. Une fiche d'information pour le patient sur la chirurgie de la cataracte est fournie à l'annexe B de la politique susmentionnée. Les établissements non hospitaliers désignés doivent afficher dans leur bureau la fiche d'information pour le patient dans un endroit visible accessible au public. Ils doivent également remettre une copie de la fiche d'information à tous les patients qui subissent une chirurgie de la cataracte dans un établissement non hospitalier désigné aux fins de signature par le patient.

Le lieutenant-gouverneur en conseil a le pouvoir de suspendre ou d'annuler le statut de désignation d'un établissement non hospitalier si celui-ci ne se conforme pas à la politique susmentionnée.

Le ministère de la Santé et des Services communautaires (HCS) a réalisé en 2022 un examen de la distribution provinciale des interventions de chirurgie de la cataracte à l'extérieur des hôpitaux et de la Policy for the Provision of Cataract Surgery in Non-Hospital Designated Facilities (politique sur la prestation de services de chirurgie de la cataracte dans des établissements non hospitaliers désignés). Cet examen comprenait un calcul de la demande régionale totale prévue pour des services de chirurgie de la cataracte dans chaque région de la province, ainsi qu'une évaluation des listes d'attente, des points de référence nationaux pour les temps d'attente et du respect de la politique par les établissements désignés. À la suite de cette évaluation, le Ministère a approuvé une augmentation unique de 3 300 interventions aux limites régionales en matière de chirurgie de la cataracte dans les établissements désignés. Cette augmentation sera en vigueur du 1^{er} octobre 2022 au 31 mars 2024 (pour un total de 18 mois) et s'ajoute au nombre de base d'interventions (3 500) réalisées chaque année dans les établissements désignés de l'ensemble de la province. Le Ministère prévoit que le financement d'un plus grand nombre d'interventions de chirurgie de la cataracte à l'extérieur des hôpitaux augmentera l'accès des patients aux services assurés de chirurgie de la cataracte.

Soins virtuels

HCS a récemment signé un protocole d'entente avec la Newfoundland and Labrador Medical Association (<https://www.gov.nl.ca/hcs/files/Memorandum-of-Agreement-Between-Newfoundland-and-Labrador-Medical-Association-and-Government-of-Newfoundland-and-Labrador-2017-to-2023.pdf>) (en anglais seulement). Dans le cadre de cette entente, un engagement a été pris d'« examiner les données concernant les tendances et les habitudes dans l'utilisation des soins virtuels » [traduction]. De plus, « tous les efforts possibles seront déployés [...] pour établir un ensemble définitif de codes d'honoraires pour les soins virtuels dans les six mois suivant la date de signature du protocole d'entente » [traduction]. Les répercussions pour les patients accédant aux services de soins virtuels seront un élément important de la négociation des codes d'honoraires permanents pour les soins virtuels des médecins de Terre-Neuve-et-Labrador.

ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD

LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ

ÉTAT FINANCIER DES MONTANTS RÉELS DE LA SURFACTURATION ET DES FRAIS MODÉRATEURS POUR LA PÉRIODE DU 1^{ER} AVRIL 2020 AU 31 MARS 2021

1. MONTANT DE LA SURFACTURATION

La surfacturation est définie comme les frais facturés par un médecin à une personne assurée pour des services de soins de santé assurés, en plus du montant normalement acquitté par le régime d'assurance-maladie de la province ou du territoire.

Montant de la surfacturation perçu par les médecins et dentistes inscrits pour les services de santé assurés :	0 \$
--	------

2. MONTANT DES FRAIS MODÉRATEURS

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

Montant des frais modérateurs perçus pour les services diagnostiques médicalement nécessaires :	0 \$
---	------

Montant des frais modérateurs perçus pour tous les autres services assurés :	0 \$
--	------

Remarques : Des frais peuvent être perçus pour l'hébergement ou les repas fournis à une personne hospitalisée qui, de l'avis du médecin traitant, est un résident permanent d'un hôpital ou d'un autre établissement de soins de longue durée, suivant la réserve du paragraphe 19(2). Les frais liés à cette réserve ne doivent pas être inclus dans les états financiers.

TOTAL DE LA SURFACTURATION ET DES FRAIS MODÉRATEURS	0 \$
--	-------------

3. EXPLICATION DE LA MÉTHODE UTILISÉE POUR DÉTERMINER LE MONTANT DE LA SURFACTURATION ET LE MONTANT DES FRAIS MODÉRATEURS

Les renseignements suivants doivent être inclus dans la description de la méthode utilisée pour déterminer le montant de la surfacturation et le montant des frais modérateurs déclarés, y compris si un montant NUL est soumis :

- a) Le nom des mesures législatives provinciales ou territoriales qui interdisent la surfacturation et les frais modérateurs (y compris les frais d'établissement).

Veillez utiliser autant d'espace que nécessaire ci-dessous ou ajouter des pages supplémentaires au besoin.

La Health Services Payment Act de l'Île-du-Prince-Édouard interdit la surfacturation.

La *Hospital and Diagnostic Services Insurance Act* (HDSIA) de l'Île-du-Prince-Édouard n'interdit pas explicitement les frais modérateurs pour les services de santé assurés. Cependant, un certain nombre d'articles du règlement d'application de la HDSIA laissent entendre que les frais modérateurs seraient interdits, comme il est décrit ci-dessous.

[traduction] Paragraphe 1.1(1) : On entend par « services assurés », sous réserve du paragraphe (2), les services hospitaliers fournis sans frais aux malades hospitalisés et aux malades externes admissibles, comme déterminé par le ministre; sont exclus les services auxquels une personne a droit et pour lesquels elle est admissible en vertu de toute loi mentionnée à l'annexe C.

[traduction] Paragraphe 6.1 : Un hôpital agréé doit facturer directement au patient admissible la différence entre le coût journalier de la prestation des services assurés et les frais hospitaliers approuvés par le ministre pour un séjour en chambre à un lit ou à deux lits, et pour tout autre service qui n'est pas un service assuré demandé par le patient ou en son nom.

-
- b) Les détails sur le processus d'enquête sur la surfacturation et les frais modérateurs (p. ex. audits réguliers proactifs des factures des fournisseurs; enquêtes déclenchées à la suite de plaintes de patients, de reportages médiatiques ou autres sources).

Veuillez utiliser autant d'espace que nécessaire ci-dessous ou ajouter des pages supplémentaires au besoin.

Le processus consistera en des enquêtes déclenchées à la suite de plaintes de patients ou de reportages médiatiques, ou en raison d'autres entités gouvernementales.

Santé Î.-P.-É. gère un système rigoureux de mesures de contrôle internes dans le cadre de l'examen de la facturation des médecins et enquête sur toute irrégularité de facturation. Les pratiques de facturation des médecins font l'objet d'un audit interne, ce qui permet de veiller à ce que tous les montants facturés à Santé Î.-P.-É. soient appropriés.

Les résultats financiers annuels de Santé Î.-P.-É. sont vérifiés pour permettre de relever les irrégularités et les écarts importants. Les activités de vérification comprennent un examen des recettes visant à cerner tout nouvel élément de recette (c.-à-d. les frais modérateurs). Ces recettes peuvent également faire l'objet d'un examen par le vérificateur général.

La province permet aux patients et au grand public de formuler leurs commentaires et leurs plaintes selon différents mécanismes; on trouve notamment le lien « envoyer un compliment ou une plainte en ligne » sur le site de Santé Î.-P.-É. En outre, quiconque pourrait avoir fait l'objet d'une surfacturation ou de frais modérateurs peut communiquer avec le ministre de la Santé et du Mieux-être, le président-directeur général de Santé Î.-P.-É. et le personnel. Santé Î.-P.-É. fait le suivi de toutes les plaintes, y compris celles qui concernent les pratiques de facturation.

c) Un résumé de toute enquête sur la surfacturation et les frais modérateurs au cours de l'exercice financier, y compris :

- › Le nombre d'enquêtes;
- › La nature de chaque enquête (p. ex. audits de facturation des médecins; enquêtes déclenchées par les patients; audits de cliniques privées; conclusions de rapports de tiers [p. ex. le vérificateur général]);
- › Les cas confirmés et les montants de la surfacturation et des frais modérateurs;
- › Les montants remboursés aux patients.

Veillez utiliser autant d'espace que nécessaire ci-dessous ou ajouter des pages supplémentaires au besoin.

Tout au long de l'année, Santé Î.-P.-É a analysé les données financières liées à la surfacturation comme indiqué ci-dessus. Aucune surfacturation n'a été constatée.

d) Des détails sur les mécanismes visant à décourager la surfacturation et les frais modérateurs (p. ex. amendes pour les fournisseurs fautifs; retenues des paiements au titre du régime, initiatives de sensibilisation des fournisseurs et des patients, perte de l'agrément de l'établissement).

Veillez utiliser autant d'espace que nécessaire ci-dessous ou ajouter des pages supplémentaires au besoin.

Sensibilisation des fournisseurs par l'entremise du bureau responsable de l'assurance-maladie (Medicare Office) et de l'autorité sanitaire de l'Île-du-Prince-Édouard (Prince Edward Island Health Authority).

NOUVELLE-ÉCOSSE

LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ

ÉTAT FINANCIER DES MONTANTS RÉELS DE LA SURFACTURATION ET DES FRAIS MODÉRATEURS POUR LA PÉRIODE DU 1^{ER} AVRIL 2020 AU 31 MARS 2021

1. MONTANT DE LA SURFACTURATION

La surfacturation est définie comme les frais facturés par un médecin à une personne assurée pour des services de soins de santé assurés, en plus du montant normalement acquitté par le régime d'assurance-maladie de la province ou du territoire.

Montant de la surfacturation perçu par les médecins et dentistes inscrits pour les services de santé assurés :	0 \$
--	------

2. MONTANT DES FRAIS MODÉRATEURS

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

Montant des frais modérateurs perçus pour les services diagnostiques médicalement nécessaires :	0 \$
---	------

Montant des frais modérateurs perçus pour tous les autres services assurés :	0 \$
--	------

Remarques : Des frais peuvent être perçus pour l'hébergement ou les repas fournis à une personne hospitalisée qui, de l'avis du médecin traitant, est un résident permanent d'un hôpital ou d'un autre établissement de soins de longue durée, suivant la réserve du paragraphe 19(2). Les frais liés à cette réserve ne doivent pas être inclus dans les états financiers.

TOTAL DE LA SURFACTURATION ET DES FRAIS MODÉRATEURS	0 \$
--	-------------

3. EXPLICATION DE LA MÉTHODE UTILISÉE POUR DÉTERMINER LE MONTANT DE LA SURFACTURATION ET LE MONTANT DES FRAIS MODÉRATEURS

Les renseignements suivants doivent être inclus dans la description de la méthode utilisée pour déterminer le montant de la surfacturation et le montant des frais modérateurs déclarés, y compris si un montant NUL est soumis :

- a) Le nom des mesures législatives provinciales ou territoriales qui interdisent la surfacturation et les frais modérateurs (y compris les frais d'établissement).

Veillez utiliser autant d'espace que nécessaire ci-dessous ou ajouter des pages supplémentaires au besoin.

En ce qui concerne la surfacturation, la *Health Services and Insurance Act* (HSIA) de la Nouvelle-Écosse prévoit ce qui suit :

- › [traduction] Paragraphe 29(1) : Lorsqu'un fournisseur fournit un service professionnel assuré à un résident, il n'a le droit de recevoir à l'égard de ce service que la rémunération ou les honoraires prévus dans le tarif des honoraires ou dans tout autre système de paiement établi en application de l'article 13.

- b) Les détails sur le processus d'enquête sur la surfacturation et les frais modérateurs (p. ex. audits réguliers proactifs des factures des fournisseurs; enquêtes déclenchées à la suite de plaintes de patients, de reportages médiatiques ou autres sources).

Veillez utiliser autant d'espace que nécessaire ci-dessous ou ajouter des pages supplémentaires au besoin.

La Nouvelle-Écosse a recours à un système axé sur les plaintes dans le cadre duquel les préoccupations sont portées à l'attention du ministre au cas par cas. Les plaintes sont adressées au ministère de la Santé et du Mieux-être par téléphone ou par courriel; c'est Croix Bleue Medavie qui les reçoit, puis qui les transfère au Ministère ou au College of Physicians and Surgeons of Nova Scotia. Toutes les plaintes font l'objet d'une enquête et sont traitées.

c) Un résumé de toute enquête sur la surfacturation et les frais modérateurs au cours de l'exercice financier, y compris :

- › Le nombre d'enquêtes;
- › La nature de chaque enquête (p. ex. audits de facturation des médecins; enquêtes déclenchées par les patients; audits de cliniques privées; conclusions de rapports de tiers [p. ex. le vérificateur général]);
- › Les cas confirmés et les montants de la surfacturation et des frais modérateurs;
- › Les montants remboursés aux patients.

Veillez utiliser autant d'espace que nécessaire ci-dessous ou ajouter des pages supplémentaires au besoin.

Il n'y a eu aucune enquête au cours de l'exercice 2020–2021. La Nouvelle-Écosse n'a pas le pouvoir législatif d'effectuer des audits dans les cliniques privées.

d) Des détails sur les mécanismes visant à décourager la surfacturation et les frais modérateurs (p. ex. amendes pour les fournisseurs fautifs; retenues des paiements au titre du régime, initiatives de sensibilisation des fournisseurs et des patients, perte de l'agrément de l'établissement).

Veillez utiliser autant d'espace que nécessaire ci-dessous ou ajouter des pages supplémentaires au besoin.

En vertu de la HSIA, une violation du paragraphe 29(1) pourrait constituer une infraction passible de poursuites pénales :

- › [traduction] Paragraphe 35(1) : Quiconque contrevient à la présente loi ou à son règlement d'application, ou fait volontairement une fausse déclaration dans un rapport ou un formulaire requis pour permettre le versement d'un paiement en vertu du régime d'assurance-hospitalisation, du régime d'assurance pour les médicaments sur ordonnance ou du régime MSI (Medical Services Insurance) commet une infraction et est passible, sur déclaration de culpabilité par procédure sommaire, d'une amende maximale de 10 000 \$ pour une première infraction et, pour une infraction subséquente, d'une amende maximale de 20 000 \$.

NOUVEAU-BRUNSWICK

LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ

ÉTAT FINANCIER DES MONTANTS RÉELS DE LA SURFACTURATION ET DES FRAIS MODÉRATEURS POUR LA PÉRIODE DU 1^{ER} AVRIL 2020 AU 31 MARS 2021

1. MONTANT DE LA SURFACTURATION

La surfacturation est définie comme les frais facturés par un médecin à une personne assurée pour des services de soins de santé assurés, en plus du montant normalement acquitté par le régime d'assurance-maladie de la province ou du territoire.

Montant de la surfacturation perçu par les médecins et dentistes inscrits pour les services de santé assurés :	0 \$
--	------

2. MONTANT DES FRAIS MODÉRATEURS

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

Montant des frais modérateurs perçus pour les services diagnostiques médicalement nécessaires :	0 \$
---	------

Montant des frais modérateurs perçus pour tous les autres services assurés :	0 \$
--	------

Remarques : Des frais peuvent être perçus pour l'hébergement ou les repas fournis à une personne hospitalisée qui, de l'avis du médecin traitant, est un résident permanent d'un hôpital ou d'un autre établissement de soins de longue durée, suivant la réserve du paragraphe 19(2). Les frais liés à cette réserve ne doivent pas être inclus dans les états financiers.

TOTAL DE LA SURFACTURATION ET DES FRAIS MODÉRATEURS	0 \$
--	-------------

3. EXPLICATION DE LA MÉTHODE UTILISÉE POUR DÉTERMINER LE MONTANT DE LA SURFACTURATION ET LE MONTANT DES FRAIS MODÉRATEURS

Les renseignements suivants doivent être inclus dans la description de la méthode utilisée pour déterminer le montant de la surfacturation et le montant des frais modérateurs déclarés, y compris si un montant NUL est soumis :

- a) **Le nom des mesures législatives provinciales ou territoriales qui interdisent la surfacturation et les frais modérateurs (y compris les frais d'établissement).**

Veillez utiliser autant d'espace que nécessaire ci-dessous ou ajouter des pages supplémentaires au besoin.

La *Loi sur le paiement des services médicaux* (LPSM) du Nouveau-Brunswick et son règlement d'application décrivent les mécanismes qui permettent de créer un système de santé *géré par une autorité publique, intégral, universellement accessible* à ses bénéficiaires, *transférable* et *accessible*. On y définit qui peut recevoir ou fournir un service admissible et comment les barèmes d'honoraires sont déterminés, et on y interdit la surfacturation et les frais modérateurs pour un service admissible rémunéré par la Direction de l'assurance-maladie.

Certains fournisseurs peuvent choisir d'exercer leur profession hors du cadre des dispositions de la LPSM. La LPSM établit un mur entre le système public (qui répond aux principes décrits ci-dessus) et les entreprises privées, en interdisant tout paiement aux praticiens qui dépasse les barèmes d'honoraires établis, ainsi que les paiements aux hôpitaux privés. Elle établit également l'obligation pour un praticien privé d'informer ses patients potentiels.

- › Selon l'article 2.01 de la *Loi*, le régime ne prend pas en charge la fourniture de services privés si ces services sont fournis par un praticien qui, au moment de la fourniture des services, exerce sa profession hors du cadre des dispositions de la *Loi* et des règlements, ou si les services sont fournis dans un établissement hospitalier privé.
- › L'alinéa 3.iv de la *Loi* reconnaît qu'un praticien peut choisir d'exercer sa profession hors du cadre des dispositions de la *Loi* et des règlements, et qu'il assume ainsi l'obligation, conformément à l'article 5.1, d'informer ses patients que les services ne seront pas admissibles à une prise en charge en vertu du système de santé public du Nouveau-Brunswick.
- › L'annexe 2 du *Règlement général – Loi sur le paiement des services médicaux* décrit les services qui ne sont pas admissibles à une prise en charge en vertu de la *Loi*; l'alinéa n.1) interdit expressément les paiements aux praticiens du Nouveau-Brunswick dont les droits excèdent le montant payable en vertu du *Règlement*.
- › L'annexe 3 du *Règlement* énonce le libellé d'un paragraphe de consentement que le praticien doit signer pour indiquer qu'il accepte comme paiement intégral les honoraires versés par la Direction de l'assurance-maladie pour tout service assuré pour lequel il présente une facture et qu'il ne réclame aucun autre remboursement pour ce service.

-
- b) Les détails sur le processus d'enquête sur la surfacturation et les frais modérateurs (p. ex. audits réguliers proactifs des factures des fournisseurs; enquêtes déclenchées à la suite de plaintes de patients, de reportages médiatiques ou autres sources).

Veillez utiliser autant d'espace que nécessaire ci-dessous ou ajouter des pages supplémentaires au besoin.

Le Nouveau-Brunswick préconise une approche rigoureuse « axée sur les commentaires » pour cerner les préoccupations des citoyens sur un large éventail de questions de santé. Au cours d'un mois typique de l'exercice 2018–2019, le ministère de la Santé a donné suite aux préoccupations des Néo-Brunswickois dont il a pris note, soit entre 150 et 200, sur des questions telles que 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 propose plusieurs façons pour faire part de ses commentaires, notamment des adresses postales ou de courriel, des numéros de téléphone et un service de messagerie en ligne.

En 2020–2021, quatorze demandes de remboursement ont été soumises au Ministère afin d'être examinées. Elles ont toutes été rejetées.

- › **Huit** demandes ont été rejetées en vertu de l'article 2.01 de la *Loi sur le paiement des services médicaux*, décrit ci-dessus.
 - › **Six** demandes visaient des services d'imagerie fournis dans le secteur privé, dont le remboursement est expressément interdit en vertu du règlement 84–20, annexe 2 (p.1).
 - › **Remarque** : en 2020, aucune demande de remboursement n'a été reçue pour des services d'avortement fournis dans une clinique privée.
-

-
- c) Un résumé de toute enquête sur la surfacturation et les frais modérateurs au cours de l'exercice financier, y compris :
- › Le nombre d'enquêtes;
 - › 14
 - › La nature de chaque enquête (p. ex. audits de facturation des médecins; enquêtes déclenchées par les patients; audits de cliniques privées; conclusions de rapports de tiers [p. ex. le vérificateur général]);
 - › Chacune de ces enquêtes a été lancée pour donner suite à des demandes de remboursement soumises par des patients pour des services pour lesquels ils avaient payés dans des établissements privés au Nouveau-Brunswick. Les examens ont été effectués par la Direction de l'assurance-maladie du ministère de la Santé.
 - › Huit demandes ont été rejetées parce qu'elles contrevenaient à l'article 2.01 de la Loi sur le paiement des services médicaux.
 - › Six demandes ont été rejetées parce qu'elles contrevenaient au règlement 84-20, annexe 2 (p.1) de la Loi sur le paiement des services médicaux.
 - › **Les cas confirmés et les montants de la surfacturation et des frais modérateurs;**
 - › Le ministère de la Santé ne peut pas confirmer de façon indépendante les montants que ces personnes pourraient avoir payés à des fournisseurs privés, mais ne peut se fier que sur les chiffres fournis par les personnes dans leurs demandes.
 - › La somme de tous les remboursements demandés dans ces quatorze cas était de **10 545 \$**.
 - › **Les montants remboursés aux patients.**
 - › Comme indiqué ci-dessus, toutes les demandes de remboursement contrevenaient à des dispositions de la *Loi sur le paiement des services médicaux* elle-même ou de son règlement.
 - › Aucun patient n'a reçu de remboursement.

Veuillez utiliser autant d'espace que nécessaire ci-dessous ou ajouter des pages supplémentaires au besoin.

-
- d) Des détails sur les mécanismes visant à décourager la surfacturation et les frais modérateurs (p. ex. amendes pour les fournisseurs fautifs; retenues des paiements au titre du régime, initiatives de sensibilisation des fournisseurs et des patients, perte de l'agrément de l'établissement).

Veillez utiliser autant d'espace que nécessaire ci-dessous ou ajouter des pages supplémentaires au besoin.

La *Loi sur le paiement des services médicaux* (LPSM) du Nouveau-Brunswick et ses règlements d'application décrivent les mécanismes qui permettent de créer un système de santé *géré par une autorité publique, intégral, universellement accessible à ses bénéficiaires, transférable et accessible*. On y définit qui peut recevoir ou fournir un service admissible et comment les barèmes d'honoraires sont déterminés, et on y interdit la surfacturation et les frais modérateurs pour un service admissible rémunéré par la Direction de l'assurance-maladie.

- › L'annexe 2 du *Règlement général – Loi sur le paiement des services médicaux* décrit les services qui ne sont pas admissibles à une prise en charge en vertu de la *Loi*; l'alinéa n.1) interdit expressément les paiements aux praticiens du Nouveau-Brunswick dont les droits excèdent le montant payable en vertu du *Règlement*.
 - › L'annexe 3 du *Règlement* énonce le libellé d'un paragraphe de consentement que le praticien doit signer pour indiquer qu'il accepte comme paiement intégral les honoraires versés par la Direction de l'assurance-maladie pour tout service assuré pour lequel il présente une facture et qu'il ne réclame aucun autre remboursement pour ce service.
-

QUÉBEC

Direction des affaires intergouvernementales et internationales

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 17 décembre 2021

Madame Jennifer Goodyer, 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 Colombine, Pre Tunney
Indice de l'adresse 0908C
Ottawa (Ontario) K1A 0K9

Madame,

La présent fait suite à la lettre adressée à la sous-ministre de la Santé et des Services sociaux, madame Dominique Savoie, le 15 septembre dernier. Il y était demandé de rendre compte du montant total de la surfacturation, des frais modérateurs et des frais payés par des patients pour des services diagnostiques médicalement nécessaires pour l'année financière 2020–2021.

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.

En ce qui a trait aux services diagnostiques, les estimations transmises par votre organisation quant à la facturation aux patients ne présentent pas un portrait réaliste de la situation spécifique au Québec pour l'année visée, notamment du fait que certains examens sont remboursés par d'autres publics, des assureurs privés, ou encore sont couverts par des établissements dans le cadre d'ententes avec des prestataires de services privés. Il n'existe d'ailleurs aucune donnée permettant d'obtenir un portrait global sur ce sujet.

Rappelons que les services diagnostics comme les examens d'imagerie par résonance magnétique, de tomodensitométrie et autres sont assurés par le régime public de santé et disponibles dans les hôpitaux publics pour les patients québécois. L'accès est donc gratuit et universel pour toute la population québécoise.

Aussi, il nous apparaît qu'avec son nouveau règlement, le gouvernement fédéral tente de définir l'étendue du panier des services devant être assurés au Québec et de définir ce qui est médicalement requis, ce qui constitue un empiètement majeur sur la responsabilité de l'administration du système de santé qui relève entièrement du Québec. Vous n'êtes pas sans savoir que le domaine de la santé et des services sociaux relève de la compétence exclusive des gouvernements des provinces, de sorte que le Québec entend demeurer le maître d'œuvre 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 du Québec et la population québécoise 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 sa population, laquelle jugera de la qualité et de l'accessibilité des services qui lui sont offerts par notre système de santé.

Nous vous invitons à consulter les informations publiques se trouvant dans le rapport annuel de gestion 2020–2021 de ministère de la Santé et des Services sociaux, déposé à l'Assemblée nationale, lequel rend compte de la gestion par le Québec de son système de santé.

Veillez agréer, Madame, l'expression de mes sentiments les meilleurs.



Valérie Fontaine, directrice

ONTARIO

LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ

ÉTAT FINANCIER DES MONTANTS RÉELS DE LA SURFACTURATION ET DES FRAIS MODÉRATEURS POUR LA PÉRIODE DU 1^{ER} AVRIL 2020 AU 31 MARS 2021

1. MONTANT DE LA SURFACTURATION

La surfacturation est définie comme les frais facturés par un médecin à une personne assurée pour des services de soins de santé assurés, en plus du montant normalement acquitté par le régime d'assurance-maladie de la province ou du territoire.

Montant de la surfacturation perçu par les médecins et dentistes inscrits pour les services de santé assurés :	0 \$
--	------

2. MONTANT DES FRAIS MODÉRATEURS

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

Montant des frais modérateurs perçus pour les services diagnostiques médicalement nécessaires :	0 \$
Montant des frais modérateurs perçus pour tous les autres services assurés :	32 800 \$
Remarques : Des frais peuvent être perçus pour l'hébergement ou les repas fournis à une personne hospitalisée qui, de l'avis du médecin traitant, est un résident permanent d'un hôpital ou d'un autre établissement de soins de longue durée, suivant la réserve du paragraphe 19(2). Les frais liés à cette réserve ne doivent pas être inclus dans les états financiers.	

TOTAL DE LA SURFACTURATION ET DES FRAIS MODÉRATEURS	32 800 \$
--	------------------

3. EXPLICATION DE LA MÉTHODE UTILISÉE POUR DÉTERMINER LE MONTANT DE LA SURFACTURATION ET LE MONTANT DES FRAIS MODÉRATEURS

Les renseignements suivants doivent être inclus dans la description de la méthode utilisée pour déterminer le montant de la surfacturation et le montant des frais modérateurs déclarés, y compris si un montant NUL est soumis :

- a) Le nom des mesures législatives provinciales ou territoriales qui interdisent la surfacturation et les frais modérateurs (y compris les frais d'établissement).

Veillez utiliser autant d'espace que nécessaire ci-dessous ou ajouter des pages supplémentaires au besoin.

Le Régime d'assurance-santé de l'Ontario (RASO) et tous les services assurés sont régis par la *Loi sur l'assurance-santé* (LAS) et ses règlements d'application.

En Ontario, deux textes législatifs interdisent à toute personne ou entité de facturer une partie ou la totalité d'un service assuré par le RASO qui a été fourni à un assuré (c.-à-d. toute surfacturation et tous frais modérateurs, y compris les frais d'établissement illégaux). Ces deux textes de loi sont les suivants :

1. La *Loi sur l'engagement d'assurer l'avenir de l'assurance-santé* (LEAAAS) interdit à toute personne ou entité d'exiger des frais d'un assuré pour la prestation d'une partie ou de la totalité d'un service assuré par le RASO. Ces frais comprennent la surfacturation (c.-à-d. les frais facturés aux assurés pour les services médicaux et dentaires chirurgicaux assurés) et les frais modérateurs (c.-à-d. les frais facturés aux assurés pour les services non médicaux/chirurgicaux dentaires fournis en lien avec les services assurés dans un hôpital ou un établissement de santé).

La LEAAAS interdit également aux fournisseurs et autres entités de fournir un accès privilégié à un service assuré sous réserve du paiement d'un droit, ce que l'on appelle le resquillage, et de subordonner la prestation d'un service assuré au paiement d'honoraires forfaitaires illégaux pour des services non assurés.

La LEAAAS s'applique, quel que soit le type d'établissement ou le milieu dans lequel un service est fourni.

2. La *Loi sur les établissements de santé autonomes* (LESA) interdit à toute personne d'imposer des frais d'établissement ou d'en accepter le paiement, sauf s'ils sont facturés et payés conformément à la Loi (p. ex. les frais d'établissement ne sont payables que par le ministre ou le ministère de la Santé de l'Ontario, uniquement pour des services fournis dans les établissements autorisés, etc.) Les frais d'établissement sont des frais, des droits ou des paiements relatifs à un service ou à des coûts d'exploitation qui soutiennent ou aident un service assuré par le RASO, ou qui en sont le complément nécessaire, et qui ne font pas partie du service assuré.

Qu'un service soit fourni dans un établissement de santé autonome (ESA) agréé ou dans tout autre établissement privé ou communautaire, des frais ou un paiement relatifs à un service ou à des coûts d'exploitation qui soutiennent, aident ou sont un complément nécessaire à un service assuré, mais qui ne font pas partie du service assuré, et qui ne sont pas facturés/payés conformément à la LESA, constituent des frais d'établissement illégaux.

Dans le cadre d'un programme spécialisé (programme de la LEAAAS), le ministère de la Santé de l'Ontario (le « Ministère ») examine tous les cas possibles de surfacturation et de frais modérateurs portés à son attention. L'imposition de frais d'établissement contraires à la LESA peut également avoir des répercussions pour la surfacturation ou les frais modérateurs et, par conséquent, le programme de la LEAAAS du Ministère examine également les allégations de frais d'établissement illégaux en marge de la LESA, conjointement avec le programme d'établissements de santé autonomes (ESA) du Ministère.

Les mécanismes en place indiqués ci-dessus interdisent la surfacturation et les frais modérateurs pour les services diagnostiques médicalement nécessaires.

Si, à la suite d'un examen, on détermine qu'un patient a versé un paiement non autorisé (c.-à-d. une surfacturation) ou des frais modérateurs, le Ministère s'assure que le montant total est remboursé au patient.

-
- b) Les détails sur le processus d'enquête sur la surfacturation et les frais modérateurs (p. ex. audits réguliers proactifs des factures des fournisseurs; enquêtes déclenchées à la suite de plaintes de patients, de reportages médiatiques ou autres sources).

Veillez utiliser autant d'espace que nécessaire ci-dessous ou ajouter des pages supplémentaires au besoin.

Comme indiqué ci-dessus, le Ministère examine tous les cas possibles de surfacturation et de frais modérateurs qui sont portés à son attention. Les questions du public et les plaintes de patients concernant les cas possibles de surfacturation et de frais modérateurs lui sont transmises au moyen d'une ligne téléphonique sans frais et d'une adresse courriel prévues à cette fin. Les renseignements sur les cas possibles de surfacturation et de frais modérateurs proviennent principalement des plaintes des patients; toutefois, le Ministère peut également examiner de possibles infractions portées à son attention par d'autres sources, notamment Santé Canada, des députés, des médias, des annonces, etc. Le Ministère effectue aussi des examens proactifs, sans déclencheurs externes.

On répond à toutes les demandes de renseignements provenant de patients et d'autres sources concernant les frais de services de santé déboursés par les patients, et les patients peuvent demander à ce que le Ministère lance un examen aux termes de la LEAAAS. Le Ministère peut aussi évaluer la plainte/préoccupation de façon autonome afin de déterminer s'il faut lancer ou non un examen général aux termes de la LEAAAS (p. ex. si le service facturé n'était manifestement pas assuré ou si un examen supplémentaire est nécessaire). Si on détermine qu'il y a pu avoir surfacturation ou imposition de frais modérateurs, conformément à la politique du programme de la LEAAAS, les patients sont invités à remplir un formulaire du programme de la LEAAAS pour que le Ministère entreprenne un examen particulier et sont informés que s'ils ne souhaitent pas lancer un examen particulier, ils peuvent demander un examen général.

Dans le cadre d'un examen, le Ministère demande les dossiers ou les renseignements pertinents aux fournisseurs assujettis à la LEAAAS (p. ex. les dossiers médicaux, hospitaliers ou d'établissement relatifs au service pour lequel le patient s'est vu imposer des frais, des exemplaires de l'ensemble des factures et reçus, une ventilation de tous les frais imposés au patient, etc.). Une fois que les renseignements demandés ont été reçus, le personnel du programme de la LEAAAS les examine afin de déterminer si un service précis fourni à un patient était assuré. Dans presque tous les cas, on consulte les conseillers médicaux du Ministère pour faciliter l'interprétation des dossiers médicaux. Le personnel peut également consulter d'autres secteurs du Ministère.

Le Ministère peut examiner et examine effectivement les cas possibles de surfacturation et de frais modérateurs de manière proactive (c.-à-d. sans avoir reçu de plainte de patients). Comme il a été mentionné ci-dessus, les examens nécessitent souvent l'analyse de dossiers de patients pour déterminer si un service précis fourni à un patient était assuré, et par conséquent, en l'absence de plainte de patients, le Ministère entreprend principalement ces examens à des fins de formation des fournisseurs, en cherchant des renseignements sur les pratiques générales et les politiques pour s'assurer de leur conformité à la législation ontarienne.

Si l'examen mené aux termes de la LEAAAS révèle qu'un patient a fait l'objet d'une pratique illégale de surfacturation ou a assumé des frais modérateurs, le Ministère s'assure que le montant total est remboursé au patient.

c) Un résumé de toute enquête sur la surfacturation et les frais modérateurs au cours de l'exercice financier, y compris :

- › Le nombre d'enquêtes;
- › La nature de chaque enquête (p. ex. audits de facturation des médecins; enquêtes déclenchées par les patients; audits de cliniques privées; conclusions de rapports de tiers [p. ex. le vérificateur général]);
- › Les cas confirmés et les montants de la surfacturation et des frais modérateurs;
- › Les montants remboursés aux patients.

Veillez utiliser autant d'espace que nécessaire ci-dessous ou ajouter des pages supplémentaires au besoin.

Au cours de l'exercice 2020–2021, le Ministère a procédé à 28 examens pour des cas possibles de surfacturation et de frais modérateurs en vertu de la LEAAAS.

Tous les examens de l'exercice 2020–2021 ont été déclenchés par les patients et 19 de ces examens ont permis de déterminer qu'un patient ne s'était pas vu imposer de frais pour la totalité ou une partie d'un service assuré, conformément à la législation et à la réglementation de l'Ontario.

NOMBRE D'EXAMENS	NATURE DE L'EXAMEN
28	Déclenché par le patient
0	Non lié à un patient ou déclenché par d'autres sources (p. ex. autre secteur du Ministère, transmis par un député, citoyen préoccupé, etc.)
28	Total

Lorsque le Ministère constate, dans le cadre d'un examen aux termes de la LEAAAS, qu'un patient a fait l'objet d'une pratique illégale de surfacturation ou a assumé des frais modérateurs, il veille à ce que le montant total soit remboursé au patient. Neuf des 28 examens effectués au cours de l'exercice 2020–2021 ont permis de déterminer qu'un patient s'était vu imposer des frais pour un service assuré contrairement à la législation ontarienne, et chacun de ces patients a été remboursé en totalité.

Les services de diagnostic pour lesquels un patient s'est vu imposer des frais, mais, après l'examen aux termes de la LEAAAS, il a été déterminé qu'il s'agissait d'un service assuré et le patient a été remboursé en totalité sont pris en considération dans la présente période de référence.

La répartition de ces examens est la suivante :

NOMBRE D'EXAMENS	NATURE DE L'EXAMEN	NOMBRE DE PATIENTS REMBOURSÉS/ FRAIS SUPPRIMÉS	CATÉGORIE DE FRAIS	FRAIS PAR SERVICE	MONTANT TOTAL FACTURÉ	MONTANT TOTAL REMBOURSÉ
1	Déclenché par le patient	1	Surfacturation	120 \$	120 \$	120 \$
7	Déclenché par le patient	5	Frais modérateurs	De 20 à 1 882,63 \$	2 699,15 \$	2 699,15 \$
1	Déclenché par le patient	2	Services de diagnostic	73,72 \$	73,72 \$	73,72 \$
9	Nombre total d'examens concernant une surfacturation et des frais modérateurs confirmés (y compris les frais d'établissement)		Montant total des frais et des sommes remboursées pour les examens confirmés		2 819,15 \$	2 819,15 \$

Par conséquent, l'Ontario déclare un montant NUL pour les **frais de surfacturation** pour l'exercice 2020–2021.

Cliniques d'avortement

À la demande de Santé Canada ou d'autres parties prenantes, le Ministère a entrepris plusieurs examens proactifs de cliniques privées d'avortement qui ne sont pas actuellement financées en vertu de la LESA au cours des dernières années. Aucun de ces examens n'a été réalisé au cours de la période de référence 2020–2021 pour la surfacturation et les frais modérateurs. Toutes les cliniques qui ne sont pas des ESA connues du Ministère ont été examinées au moins une fois au cours des quatre dernières années et quatre sur cinq l'ont été deux fois pendant cette période.

Le Ministère a accepté le point de vue de Santé Canada selon lequel l'Ontario ne respectera pas l'engagement contenu dans le plan d'action sur les remboursements de la province de revoir le cadre actuel pour le financement des services assurés d'avortement chirurgical d'ici mars 2023. Par conséquent, l'Ontario extrapolera la déduction de l'année dernière pour la surfacturation et les frais modérateurs afin d'inclure les cinq cliniques d'avortement et déclare un montant de 32 800,00 \$ pour la surfacturation et les frais modérateurs permis au cours de l'exercice 2020–2021.

- d) Des détails sur les mécanismes visant à décourager la surfacturation et les frais modérateurs (p. ex. amendes pour les fournisseurs fautifs; retenues des paiements au titre du régime, initiatives de sensibilisation des fournisseurs et des patients, perte de l'agrément de l'établissement).

Veillez utiliser autant d'espace que nécessaire ci-dessous ou ajouter des pages supplémentaires au besoin.

Grâce à un programme spécifique (programme de la LEAAAS), le ministère de la Santé de l'Ontario (le Ministère) examine tous les cas possibles de surfacturation ou de frais modérateurs portés à son attention.

Le Ministère prend des mesures pour empêcher la surfacturation et les frais modérateurs en tenant à jour une page Web (<https://www.health.gov.on.ca/fr/public/programs/ohip/cfma.aspx>) qui 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 un patient a été facturé pour un service assuré ou l'accès à celui-ci, ainsi que la façon de communiquer avec le Ministère au moyen d'un numéro sans frais et d'une adresse électronique afin de demander la tenue d'un examen ou de poser une question concernant une éventuelle violation de la LEAAAS.

De plus, le Ministère mène régulièrement des enquêtes proactives aux termes de la LEAAAS, lesquelles ne sont pas associées à des plaintes particulières de patients, mais visent plutôt à cibler des fournisseurs dans des domaines d'exercice à haut risque où les cas de surfacturation et de frais modérateurs sont monnaie courante. Dans de nombreux cas, ces enquêtes sont menées pour sensibiliser les fournisseurs et pour permettre au Ministère de leur rappeler leurs obligations en vertu de la *Loi canadienne sur la santé* ainsi que les exigences qui s'appliquent à eux en vertu de la LEAAAS et de la LESA, et de veiller à ce que les pratiques de facturation des fournisseurs respectent la législation ontarienne. De même, le Ministère a déjà lancé des initiatives d'information des patients pour mieux faire connaître au grand public les mesures de protection prévues par la LEAAAS et l'encourager à formuler des plaintes valables dans le cadre du programme connexe, de sorte que des examens soient menés.

Dans les cas rares, mais graves où la personne ou l'entité ne se conforme pas à un examen de la LEAAAS sans motif valable (p. ex. si un fournisseur ou une entité ne fournit pas au Ministère les renseignements demandés qui permettent de déterminer s'il y a eu ou non surfacturation ou imposition de frais modérateurs), la *Loi* autorise le Ministère à suspendre tous les paiements du RASO à la personne ou à l'entité en attendant qu'il reçoive les renseignements demandés.

MANITOBA

LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ

ÉTAT FINANCIER DES MONTANTS RÉELS DE LA SURFACTURATION ET DES FRAIS MODÉRATEURS POUR LA PÉRIODE DU 1^{ER} AVRIL 2020 AU 31 MARS 2021

1. MONTANT DE LA SURFACTURATION

La surfacturation est définie comme les frais facturés par un médecin à une personne assurée pour des services de soins de santé assurés, en plus du montant normalement acquitté par le régime d'assurance-maladie de la province ou du territoire.

Montant de la surfacturation perçu par les médecins et dentistes inscrits pour les services de santé assurés :	0 \$
--	------

2. MONTANT DES FRAIS MODÉRATEURS

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

Montant des frais modérateurs perçus pour les services diagnostiques médicalement nécessaires :	0 \$
---	------

Montant des frais modérateurs perçus pour tous les autres services assurés :	0 \$
--	------

Remarques : Des frais peuvent être perçus pour l'hébergement ou les repas fournis à une personne hospitalisée qui, de l'avis du médecin traitant, est un résident permanent d'un hôpital ou d'un autre établissement de soins de longue durée, suivant la réserve du paragraphe 19(2). Les frais liés à cette réserve ne doivent pas être inclus dans les états financiers.

TOTAL DE LA SURFACTURATION ET DES FRAIS MODÉRATEURS	0 \$
--	-------------

3. EXPLICATION DE LA MÉTHODE UTILISÉE POUR DÉTERMINER LE MONTANT DE LA SURFACTURATION ET LE MONTANT DES FRAIS MODÉRATEURS

Les renseignements suivants doivent être inclus dans la description de la méthode utilisée pour déterminer le montant de la surfacturation et le montant des frais modérateurs déclarés, y compris si un montant NUL est soumis :

- a) Le nom des mesures législatives provinciales ou territoriales qui interdisent la surfacturation et les frais modérateurs (y compris les frais d'établissement).

Veillez utiliser autant d'espace que nécessaire ci-dessous ou ajouter des pages supplémentaires au besoin.

- › La Loi sur l'assurance-maladie et les règlements pris en vertu de cette loi.

- b) Les détails sur le processus d'enquête sur la surfacturation et les frais modérateurs (p. ex. audits réguliers proactifs des factures des fournisseurs; enquêtes déclenchées à la suite de plaintes de patients, de reportages médiatiques ou autres sources).

Veillez utiliser autant d'espace que nécessaire ci-dessous ou ajouter des pages supplémentaires au besoin.

- › Si un résident du Manitoba estime avoir été facturé à tort pour un service assuré par le régime d'assurance-maladie provincial (c.-à-d. un cas possible de surfacturation ou de frais modérateurs), ou si on signale ou allègue un cas possible de surfacturation ou de frais modérateurs, le Ministère mènera une enquête appropriée sur la plainte, le signalement ou l'allégation. Les résidents peuvent communiquer avec le ministère de la Santé de la province pour signaler de tels cas en utilisant les coordonnées indiquées sur le site Web, y compris la ligne de vérification et d'enquête sur les fraudes.
- › La Direction des services assurés du ministère de la Santé demande des précisions concernant les frais facturés pour déterminer si le service fourni est un service assuré et si des mesures supplémentaires doivent être prises.
- › En règle générale, dans les cas où des frais facturés pourraient être considérés comme un cas de surfacturation ou de frais modérateurs, il suffit que le ministère de la Santé communique avec le fournisseur de services médicaux pour l'informer qu'il doit rembourser le patient et soumettre une demande de paiement au ministère de la Santé. D'autres incidents de la part du même fournisseur de services pourraient donner lieu à une enquête par l'Unité de vérification et d'enquête du ministère de la Santé. Les préoccupations concernant la conduite professionnelle des fournisseurs de services médicaux doivent être transmises à l'organisme de réglementation compétent.
- › On a communiqué officiellement avec la clinique au Manitoba qui offre des services privés qui pourraient comprendre des services médicalement nécessaires, afin de déterminer si elle facture la même chose; les communications avec cette clinique sont toujours en cours.
- › On a examiné la facturation connexe des médecins pour la clinique mentionnée ci-dessus, en reconnaissant que les données comportent des limites importantes.

c) Un résumé de toute enquête sur la surfacturation et les frais modérateurs au cours de l'exercice financier, y compris :

- › Le nombre d'enquêtes;
 - › une
- › La nature de chaque enquête (p. ex. audits de facturation des médecins; enquêtes déclenchées par les patients; audits de cliniques privées; conclusions de rapports de tiers [p. ex. le vérificateur général]);
 - › ci-dessus, b)
- › Les cas confirmés et les montants de la surfacturation et des frais modérateurs;
 - › 0 \$
- › Les montants remboursés aux patients.
 - › S.O.

d) Des détails sur les mécanismes visant à décourager la surfacturation et les frais modérateurs (p. ex. amendes pour les fournisseurs fautifs; retenues des paiements au titre du régime, initiatives de sensibilisation des fournisseurs et des patients, perte de l'agrément de l'établissement).

Veillez utiliser autant d'espace que nécessaire ci-dessous ou ajouter des pages supplémentaires au besoin.

- › Audits réguliers de la facturation des praticiens.
 - › La *Loi sur l'assurance-maladie* interdit la surfacturation et prévoit des peines pour dissuader les offices régionaux de la santé, les hôpitaux, les médecins, etc.
-

SASKATCHEWAN

LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ

ÉTAT FINANCIER DES MONTANTS RÉELS DE LA SURFACTURATION ET DES FRAIS MODÉRATEURS POUR LA PÉRIODE DU 1^{ER} AVRIL 2020 AU 31 MARS 2021

1. MONTANT DE LA SURFACTURATION

La surfacturation est définie comme les frais facturés par un médecin à une personne assurée pour des services de soins de santé assurés, en plus du montant normalement acquitté par le régime d'assurance-maladie de la province ou du territoire.

Montant de la surfacturation perçu par les médecins et dentistes inscrits pour les services de santé assurés :	0 \$
--	------

2. MONTANT DES FRAIS MODÉRATEURS

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

Montant des frais modérateurs perçus pour les services diagnostiques médicalement nécessaires :	0 \$
---	------

Montant des frais modérateurs perçus pour tous les autres services assurés :	0 \$
--	------

Remarques : Des frais peuvent être perçus pour l'hébergement ou les repas fournis à une personne hospitalisée qui, de l'avis du médecin traitant, est un résident permanent d'un hôpital ou d'un autre établissement de soins de longue durée, suivant la réserve du paragraphe 19(2). Les frais liés à cette réserve ne doivent pas être inclus dans les états financiers.

TOTAL DE LA SURFACTURATION ET DES FRAIS MODÉRATEURS	0 \$
--	-------------

3. EXPLICATION DE LA MÉTHODE UTILISÉE POUR DÉTERMINER LE MONTANT DE LA SURFACTURATION ET LE MONTANT DES FRAIS MODÉRATEURS

Les renseignements suivants doivent être inclus dans la description de la méthode utilisée pour déterminer le montant de la surfacturation et le montant des frais modérateurs déclarés, y compris si un montant NUL est soumis :

- a) Le nom des mesures législatives provinciales ou territoriales qui interdisent la surfacturation et les frais modérateurs (y compris les frais d'établissement).

Veillez utiliser autant d'espace que nécessaire ci-dessous ou ajouter des pages supplémentaires au besoin.

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 la Loi, à moins que le médecin ou le dentiste ait fait le choix de ne pas recevoir les paiements prévus au titre de la Loi. Le médecin ou le dentiste qui fait le choix de ne pas participer au régime doit en aviser la province. La Saskatchewan n'a reçu aucun avis au cours de la période de référence.

La *Saskatchewan Medical Care Insurance Act* contient des dispositions stipulant que tout montant qui est exigé d'un bénéficiaire par un médecin qui fournit des services assurés ou qui est exigé comme condition à la prestation d'un service assuré en excédent du montant à verser pour ledit service en vertu de la Loi est considéré comme des frais.

La *Health Facilities Licensing Act* interdit à tout titulaire d'une autorisation de facturer ou d'autoriser toute autre personne à facturer des frais à tout bénéficiaire pour tout service de santé assuré fourni dans l'établissement de santé.

- b) Les détails sur le processus d'enquête sur la surfacturation et les frais modérateurs (p. ex. audits réguliers proactifs des factures des fournisseurs; enquêtes déclenchées à la suite de plaintes de patients, de reportages médiatiques ou autres sources).

Veillez utiliser autant d'espace que nécessaire ci-dessous ou ajouter des pages supplémentaires au besoin.

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 relative à des 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 Payment Act*, un médecin doit accepter le montant négocié en tant que paiement complet des services assurés fournis à un bénéficiaire. Une fois que les Services médicaux ont versé le montant pour les services médicaux admissibles, tout écart entre le montant facturé par le médecin et le montant versé par les Services médicaux doit être prélevé directement auprès du médecin. Si le bénéficiaire souhaite déposer une plainte, il lui est alors indiqué d'adresser celle-ci au College of Physicians and Surgeons de la Saskatchewan.

Toute personne qui souhaite déposer une plainte pour surfacturation peut communiquer avec le College of Physicians and Surgeons de la Saskatchewan. L'article 7.1 (qui porte sur le code de déontologie) des règlements du Collège prévoit ce qui suit pour les médecins :

- › 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*.

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 College of Physicians and Surgeons de la Saskatchewan. L'article 7.1 (qui porte sur le code de déontologie) des règlements du Collège prévoit ce qui suit pour les médecins :

- › 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*.

c) Un résumé de toute enquête sur la surfacturation et les frais modérateurs au cours de l'exercice financier, y compris :

- › Le nombre d'enquêtes;
- › La nature de chaque enquête (p. ex. audits de facturation des médecins; enquêtes déclenchées par les patients; audits de cliniques privées; conclusions de rapports de tiers [p. ex. le vérificateur général]);
- › Les cas confirmés et les montants de la surfacturation et des frais modérateurs;
- › Les montants remboursés aux patients.

Veillez utiliser autant d'espace que nécessaire ci-dessous ou ajouter des pages supplémentaires au besoin.

Pour l'exercice 2020–2021, 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.

Pour l'exercice 2020–2021, la Saskatchewan fait état d'un montant de frais modérateurs égal à 0 \$. La Saskatchewan ne possède aucune information selon laquelle des frais modérateurs ont été facturés au cours de la période de référence. Elle n'est pas au courant non plus de l'imposition de frais supplémentaires pour des services assurés dans un hôpital ni de l'imposition de frais supplémentaires pour des services assurés dans une clinique, conformément à la politique fédérale sur les cliniques privées.

Il convient de noter que les examens d'IRM et de TDM effectués aux termes de la *Patient Choice Medical Imaging Act* (PCMIA) ne font pas l'objet de rapport, car il s'agit de services non assurés en vertu de la *Saskatchewan Medical Care Insurance Act*, lesquels sont autorisés en vertu de la PCMIA et du *Medical Imaging Facilities Licensing Regulations*.

d) Des détails sur les mécanismes visant à décourager la surfacturation et les frais modérateurs (p. ex. amendes pour les fournisseurs fautifs; retenues des paiements au titre du régime, initiatives de sensibilisation des fournisseurs et des patients, perte de l'agrément de l'établissement).

Veillez utiliser autant d'espace que nécessaire ci-dessous ou ajouter des pages supplémentaires au besoin.

La *Saskatchewan Medical Care Insurance Act* et la *Health Facilities Licensing Act* prévoient des sanctions pécuniaires pour les personnes coupables d'avoir enfreint la ou les lois, ce qui comprend la surfacturation et l'imposition de frais modérateurs pour des services de santé assurés.

ALBERTA

LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ

ÉTAT FINANCIER DES MONTANTS RÉELS DE LA SURFACTURATION ET DES FRAIS MODÉRATEURS POUR LA PÉRIODE DU 1^{ER} AVRIL 2020 AU 31 MARS 2021

1. MONTANT DE LA SURFACTURATION

La surfacturation est définie comme les frais facturés par un médecin à une personne assurée pour des services de soins de santé assurés, en plus du montant normalement acquitté par le régime d'assurance-maladie de la province ou du territoire.

Montant de la surfacturation perçu par les médecins et dentistes inscrits pour les services de santé assurés :	0 \$
--	------

2. MONTANT DES FRAIS MODÉRATEURS

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

Montant des frais modérateurs perçus pour les services diagnostiques médicalement nécessaires :	0 \$
---	------

Montant des frais modérateurs perçus pour tous les autres services assurés :	0 \$
--	------

Remarques : Des frais peuvent être perçus pour l'hébergement ou les repas fournis à une personne hospitalisée qui, de l'avis du médecin traitant, est un résident permanent d'un hôpital ou d'un autre établissement de soins de longue durée, suivant la réserve du paragraphe 19(2). Les frais liés à cette réserve ne doivent pas être inclus dans les états financiers.

TOTAL DE LA SURFACTURATION ET DES FRAIS MODÉRATEURS	0 \$
--	-------------

3. EXPLICATION DE LA MÉTHODE UTILISÉE POUR DÉTERMINER LE MONTANT DE LA SURFACTURATION ET LE MONTANT DES FRAIS MODÉRATEURS

Les renseignements suivants doivent être inclus dans la description de la méthode utilisée pour déterminer le montant de la surfacturation et le montant des frais modérateurs déclarés, y compris si un montant NUL est soumis :

- a) Le nom des mesures législatives provinciales ou territoriales qui interdisent la surfacturation et les frais modérateurs (y compris les frais d'établissement).

Veuillez utiliser autant d'espace que nécessaire ci-dessous ou ajouter des pages supplémentaires au besoin.

- › *L'Alberta Health Care Insurance Act (AHCIA)*
- › *L'Alberta Health Care Insurance Regulation*

- b) Les détails sur le processus d'enquête sur la surfacturation et les frais modérateurs (p. ex. audits réguliers proactifs des factures des fournisseurs; enquêtes déclenchées à la suite de plaintes de patients, de reportages médiatiques ou autres sources).

Veuillez utiliser autant d'espace que nécessaire ci-dessous ou ajouter des pages supplémentaires au besoin.

Alberta Health a réalisé des vérifications et des examens de la conformité conformément à l'*Alberta Health Care Insurance Act (AHCIA)* et à ses dispositions, qui reflètent les principes fondamentaux de la *Loi canadienne sur la santé*.

L'AHCIA interdit la surfacturation et les frais modérateurs dans les articles et paragraphes qui suivent et impose des sanctions comme suit.

- a. Le paragraphe 9(1) de l'AHCIA, Surfacturation, prévoit ce qui suit : « Aucun médecin ou dentiste participant au régime [le régime d'assurance-maladie de l'Alberta] qui fournit des services assurés à une personne ne doit exiger ni percevoir de quiconque un montant en plus des prestations payables par le ministre pour ces services assurés. » [Traduction]
- b. Le paragraphe 11(1) de l'AHCIA, Autres frais interdits, prévoit ce qui suit : « Personne ne doit exiger ni percevoir de quiconque (a) un montant pour des biens ou des services qui sont fournis comme condition pour recevoir un service assuré fourni par un médecin ou un dentiste qui participe au régime ou (b) un montant dont le paiement est exigé comme condition pour recevoir un service assuré fourni par un médecin ou un dentiste qui participe au régime et qui s'ajoute aux prestations payables par le ministre pour le service assuré. » [Traduction]

- c. Le paragraphe 12(1) de l’AHCIA stipule également ce qui suit : « Un médecin ou un dentiste qui participe au régime et fournit des services assurés à une personne dans des situations où il sait ou devrait raisonnablement savoir qu’un montant est exigé de la personne en contravention à l’article 11 ne doit pas recevoir le paiement de prestations de la part du ministre pour ces services assurés. » [Traduction]
- d. L’article 14 de l’AHCIA indique qu’une personne qui contrevient aux articles 9, 11 ou 12 commet une infraction qui pourrait faire l’objet d’une amende de 10 000 \$ s’il s’agit d’une première infraction et de 20 000 \$ pour chaque infraction subséquente.
- e. Les paragraphes 26(1), (2) et (3) prévoient qu’un assureur (société d’assurance, employeur, personne morale ou groupe non constitué en personne morale qui gère un régime d’autoassurance) ne doit 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.

c) Un résumé de toute enquête sur la surfacturation et les frais modérateurs au cours de l’exercice financier, y compris :

- › Le nombre d’enquêtes;
- › La nature de chaque enquête (p. ex. audits de facturation des médecins; enquêtes déclenchées par les patients; audits de cliniques privées; conclusions de rapports de tiers [p. ex. le vérificateur général]);
- › Les cas confirmés et les montants de la surfacturation et des frais modérateurs;
- › Les montants remboursés aux patients.

Veillez utiliser autant d’espace que nécessaire ci-dessous ou ajouter des pages supplémentaires au besoin.

Les articles 18 et 39 de l’AHCIA autorisent Alberta Health à réévaluer des demandes de paiement et à réaliser des audits et des examens de la conformité après le paiement d’une demande de paiement par le ministre et pour déterminer s’il y a eu surfacturation ou imposition de frais modérateurs. Selon les pouvoirs conférés par ces articles, les fonctionnaires d’Alberta Health peuvent entrer sur les lieux, examiner les dossiers de praticiens, et exiger que les praticiens, les membres du groupe de praticiens ou d’autres personnes, comme il est indiqué dans l’AHCIA, fournissent des renseignements au sujet des demandes de paiement, des paiements et des services de santé fournis; tous ces éléments peuvent être utilisés pour déterminer s’il y a eu surfacturation ou imposition de frais modérateurs.

Les patients de l'Alberta qui ont des questions ou des préoccupations relatives à la surfacturation ou à l'imposition de frais modérateurs peuvent communiquer avec Alberta Health. Les principales façons de soumettre une demande de renseignements ou de déposer une plainte sont les suivantes :

- › communiquer avec les représentants du régime d'assurance-maladie de l'Alberta par téléphone, par télécopieur, par courrier ou par courriel;
- › l'Alberta Health TIPS Line. Les patients peuvent y exprimer leurs préoccupations; les appels concernant des médecins ou des demandes de paiement seront redirigés à l'unité de l'expertise du milieu des affaires (Business Expertise Unit) d'Alberta Health aux fins d'examen;
- › la ligne téléphonique du Statement of Benefits Paid (SOBP). Il s'agit du relevé des demandes de paiement soumises et payées par le régime d'assurance-maladie de l'Alberta pour des services de santé fournis à un patient par des praticiens pendant une période donnée. Le SOBP comprend les dates, les types généraux de services, le nom des médecins et le montant versé au médecin qui a soumis la demande de paiement et fourni le service de santé. Dans l'éventualité où un résident observe sur son relevé des services de santé qu'il n'a pas reçus, il peut communiquer avec Alberta Health à ce sujet. Les fonctionnaires d'Alberta Health amorceront ensuite une enquête sur l'irrégularité et résoudront le problème avec le praticien concerné;
- › De plus, Alberta Health a le pouvoir de lancer des enquêtes concernant des demandes de paiement suspectes soumises par un praticien avant qu'un paiement ne soit effectué pour ces demandes.

d) Des détails sur les mécanismes visant à décourager la surfacturation et les frais modérateurs (p. ex. amendes pour les fournisseurs fautifs; retenues des paiements au titre du régime, initiatives de sensibilisation des fournisseurs et des patients, perte de l'agrément de l'établissement).

Veuillez utiliser autant d'espace que nécessaire ci-dessous ou ajouter des pages supplémentaires au besoin.

Alberta Health ne rend pas compte des audits et des examens de la conformité qui ne sont pas encore achevés. En 2020–2021, aucune enquête sur la surfacturation ou les frais modérateurs n'a été identifiée pour un audit ou une révision.

En 2020–2021, Alberta Health a enquêté et résolu quatre cas de surfacturation possible sur la base des demandes de renseignements reçues des Albertains.

COLOMBIE-BRITANNIQUE

LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ

ÉTAT FINANCIER DES MONTANTS RÉELS DE LA SURFACTURATION ET DES FRAIS MODÉRATEURS POUR LA PÉRIODE DU 1^{ER} AVRIL 2020 AU 31 MARS 2021

1. MONTANT DE LA SURFACTURATION

La surfacturation est définie comme les frais facturés par un médecin à une personne assurée pour des services de soins de santé assurés, en plus du montant normalement acquitté par le régime d'assurance-maladie de la province ou du territoire.

Montant de la surfacturation perçu par les médecins et dentistes inscrits pour les services de santé assurés :

En fonction de la méthode de Santé Canada (voir l'annexe A)	5 874 424,00 \$
Frais établis en fonction des plaintes de patients non résolues (voir l'annexe B)	157,50 \$
Cas jugés comme ne respectant pas l'injonction dans l'affaire Cambie (voir l'annexe C) :	70 640,04 \$
TOTAL	5 945 221,54 \$

2. MONTANT DES FRAIS MODÉRATEURS

Les frais modérateurs sont définis comme étant des frais facturés pour un service de santé assuré, à l'exception des frais imposés par surfacturation. Cela comprend tous les frais perçus 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 un cabinet privé).

Montant des frais modérateurs perçus pour les services diagnostiques médicalement nécessaires :

17 165 309 \$

Montant des frais modérateurs perçus pour tous les autres services assurés :

0 \$

Remarques : Des frais peuvent être perçus pour l'hébergement ou les repas fournis à une personne hospitalisée qui, de l'avis du médecin traitant, est un résident permanent d'un hôpital ou d'un autre établissement de soins de longue durée, suivant la réserve du paragraphe 19(2). Les frais liés à cette réserve ne doivent pas être inclus dans les états financiers.

TOTAL DE LA SURFACTURATION ET DES FRAIS MODÉRATEURS 23 110 530,54 \$

3. EXPLICATION DE LA MÉTHODE UTILISÉE POUR DÉTERMINER LE MONTANT DE LA SURFACTURATION ET LE MONTANT DES FRAIS MODÉRATEURS

Les renseignements suivants doivent être inclus dans la description de la méthode utilisée pour déterminer le montant de la surfacturation et le montant des frais modérateurs déclarés, y compris si un montant NUL est soumis :

- a) **Le nom des mesures législatives provinciales ou territoriales qui interdisent la surfacturation et les frais modérateurs (y compris les frais d'établissement).**

Veillez utiliser autant d'espace que nécessaire ci-dessous ou ajouter des pages supplémentaires au besoin.

La *Medicare Protection Act* (MPA) assume les frais des services médicaux assurés (également appelés « avantages ») fournis aux résidents de la Colombie-Britannique. La MPA établit des règles concernant la facturation des services fournis par les médecins inscrits au Medical Service Plan (MSP). La MPA interdit également à quiconque de facturer aux patients du matériel, des consultations, des interventions, l'utilisation d'un bureau ou d'une clinique, ou tout autre aspect lié à la fourniture d'un avantage, sauf autorisation expresse de la Medical Services Commission (MSC).

La *Loi canadienne sur la santé* établit les critères que les provinces doivent respecter en ce qui concerne les « services de santé assurés » (qui comprennent tous les services médicalement requis des hôpitaux et des médecins) afin de recevoir la totalité des paiements de transfert fédéraux. La Loi canadienne sur la santé interdit explicitement les frais modérateurs et la surfacturation des patients pour les services assurés et exige que le gouvernement fédéral déduise un montant égal à ces frais des paiements de transfert à une province concernée.

- b) **Les détails sur le processus d'enquête sur la surfacturation et les frais modérateurs (p. ex. audits réguliers proactifs des factures des fournisseurs; enquêtes déclenchées à la suite de plaintes de patients, de reportages médiatiques ou autres sources).**

Veillez utiliser autant d'espace que nécessaire ci-dessous ou ajouter des pages supplémentaires au besoin.

Beneficiary and Diagnostic Services Branch

La Beneficiary and Diagnostic Services Branch du ministère de la Santé de la Colombie-Britannique (le « Ministère ») reçoit la correspondance des bénéficiaires qui signalent des cas possibles de surfacturation et de frais modérateurs. Le personnel du Ministère examine la correspondance et y répond au nom de la MSC, ce qui comprend le recours à des experts-conseils médicaux pour l'examen des dossiers médicaux. Dans les cas possibles de surfacturation, des lettres sont envoyées aux cliniques ou aux médecins pour leur demander des précisions sur les frais, ainsi que le remboursement des bénéficiaires en cas de facturation, de surfacturation ou d'imposition de frais modérateurs erronés.

versions résumées des rapports d'audit. À cette fin, le Ministère mobilisera des ressources de communication supplémentaires et entamera un processus de recrutement à court terme. La priorité sera de veiller à ce que ces documents soient terminés et publiés en temps opportun.

Audit and Investigations Branch, Billing Integrity Program

En 2017, Santé Canada et le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique (le « Ministère ») ont convenu d'une méthode pour déterminer l'étendue et la nature de la surfacturation des patients en Colombie-Britannique, laquelle est décrite dans un mandat et une lettre d'accord. Depuis la mise en place de cet accord, le Ministère a réalisé dix audits visant des cliniques de chirurgie privées, y compris Cambie Surgeries Corporation. Les résultats de ces audits ont été communiqués à Santé Canada, conformément à l'accord signé.

En 2018–2019, d'autres audits ont été mis en suspens afin de s'assurer que le Ministère se conforme à l'injonction de la Cour suprême de la Colombie-Britannique du 23 novembre 2018 interdisant l'application des dispositions relatives à la surfacturation (articles 17, 18 et 45 de la MPA).

Les audits ont repris à la fin de 2020, et les derniers audits sur place de centres de chirurgie privés ont été réalisés à la fin de 2022, avec un rapport d'audit toujours à l'étape du dernier examen et de l'approbation. Depuis la mise en place de cet accord, le Ministère a réalisé douze audits de cliniques de chirurgie privées, y compris celui mené à la clinique de Cambie.

À compter de 2022–2023, pour la période de référence 2020–2021 de Santé Canada, le Ministère devra déclarer la surfacturation attribuée aux établissements privés offrant des services de diagnostic. Un cadre de vérification pour les services de diagnostic est en cours d'élaboration, et le Ministère entamera les audits de ces établissements une fois que l'article 18.1 de la MPA aura été promulgué. On compte actuellement douze établissements privés offrant des services de diagnostic en activité en Colombie-Britannique. Un de ces établissements, le False Creek Surgical Centre, a précédemment fait l'objet d'un audit par le Ministère. Le Ministère prévoit de réaliser l'audit de trois établissements privés offrant des services de diagnostic par année, jusqu'à ce que les audits des onze établissements restants aient été effectués.

L'objectif de ces audits comporte deux volets :

1. surveiller et évaluer la conformité à la MPA;
2. contribuer à estimer avec précision l'ampleur de la surfacturation dans la province.

Le Ministère présentera les rapports d'audit finaux sur les cliniques et les fournisseurs individuels à Santé Canada, lesquels sont assujettis à la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée*. Le Ministère s'efforce de résoudre les préoccupations et les problèmes juridiques liés à la mise en ligne de versions résumées des rapports d'audit. À cette fin, le Ministère mobilisera des ressources de communication supplémentaires et entamera un processus de recrutement à court terme. La priorité sera de veiller à ce que ces documents soient terminés et publiés en temps opportun.

Sous réserve de précisions supplémentaires de la Cour, le Ministère s'engage à faire preuve de pleine transparence et continuera de travailler avec Santé Canada à l'examen des constatations d'audits au fur et à mesure que le travail est réalisé. Les conférences téléphoniques mensuelles pour discuter de la surfacturation et d'autres questions pertinentes, y compris les résultats des audits, ont été rétablies.

- c) Un résumé de toute enquête sur la surfacturation et les frais modérateurs au cours de l'exercice financier, y compris :
- › Le nombre d'enquêtes;
 - › Cinq enquêtes.
 - › La nature de chaque enquête (p. ex. audits de facturation des médecins; enquêtes déclenchées par les patients; audits de cliniques privées; conclusions de rapports de tiers [p. ex. le vérificateur général]);
 - › Les enquêtes ont toutes été déclenchées par des plaintes de patients.
 - › Les cas confirmés et les montants de la surfacturation et des frais modérateurs;
 - › Les valeurs en dollars des cinq cas confirmés de surfacturation étaient respectivement de 70 \$, 157,50 \$, 551,25 \$, 160 \$ et 50 \$, pour une valeur totale en dollars de 988,75 \$.
 - › Les montants remboursés aux patients.
 - › Le Ministère a réussi à rembourser 831,25 \$ à des patients, ce qui laisse seulement des frais de 157,50 \$ associés à une ou des plaintes de patients non résolues.

Veuillez utiliser autant d'espace que nécessaire ci-dessous ou ajouter des pages supplémentaires au besoin.

Déclaration de données liée à l'injonction pour 2020–2021

Comme clause de l'injonction de décembre 2020, les cliniques privées qui réalisaient des opérations chirurgicales devaient en vertu de l'injonction conserver des dossiers adéquats pour permettre à la MSC de déterminer que ces opérations chirurgicales sont conformes à l'ordonnance du tribunal et mettre ces dossiers à la disposition de la MSC sur demande.

Conformément à cette clause de l'injonction, le 5 février 2021, la MSC a envoyé des lettres à 50 établissements non hospitaliers offrant des services médicaux et chirurgicaux pour leur demander de présenter des rapports mensuels sur leurs données, pendant la durée de l'ordonnance provisoire, afin d'assurer le respect de l'ordonnance provisoire. Le 3 juin 2021, une deuxième série de lettres a été envoyée à treize cliniques qui n'avaient pas répondu à la première lettre.

Il a été déterminé que 102 cas (opérations chirurgicales) ne respectaient pas l'injonction. Les cas, jusqu'au 31 mars 2021 (69 cas), sont déclarés dans le rapport de cette année sur la surfacturation et les frais modérateurs pour 2020–2021. Les autres cas, pour des services fournis entre le 1^{er} avril 2021 et le 30 septembre 2021, seront déclarés dans le rapport de l'année prochaine sur la surfacturation et les frais modérateurs pour 2021–2022.

- d) Des détails sur les mécanismes visant à décourager la surfacturation et les frais modérateurs (p. ex. amendes pour les fournisseurs fautifs; retenues des paiements au titre du régime, initiatives de sensibilisation des fournisseurs et des patients, perte de l'agrément de l'établissement).

Veillez utiliser autant d'espace que nécessaire ci-dessous ou ajouter des pages supplémentaires au besoin.

En octobre 2018, la Colombie-Britannique a mis en œuvre le reste des dispositions du projet de loi 92 de 2003 afin de pouvoir régler le problème de surfacturation et se conformer à la *Loi canadienne sur la santé*.

Les principaux changements apportés à la MPA par le projet de loi 92 sont les suivants :

- › Dispositions en matière d'infractions s'appliquant aux praticiens ou aux cliniques qui enfreignent les clauses relatives à la surfacturation; amendes pouvant s'élever à 10 000 \$ pour une première infraction et à 20 000 \$ pour toute infraction ultérieure;
- › Capacité de la MSC à annuler l'inscription d'un praticien pour un « motif valable »;
- › Droit du bénéficiaire (ou de la personne qui paye pour le service) à un remboursement du montant payé en contravention des dispositions en matière de surfacturation énoncées dans la MPA;
- › Possibilité pour la MSC de rembourser un bénéficiaire (ou la personne qui paye pour un service assuré) en échange de la cession d'une demande découlant de la surfacturation, et de recouvrer la dette auprès de la personne qui a facturé indûment le service;
- › Précisions concernant les limites générales relatives à la surfacturation par les praticiens inscrits;
- › Élargissement de la portée des limites de surfacturation de la part des médecins praticiens non inscrits.

À ce jour, les pouvoirs d'imposer des amendes et de rembourser des bénéficiaires n'ont pas été exercés, en raison de diverses injonctions qui ont été prononcées. Toutefois, compte tenu de l'issue positive devant la Cour d'appel de la Colombie-Britannique, la province travaille actuellement à mettre en œuvre ces pouvoirs.

Actuellement, les autorités sanitaires régionales (AS) assurent un suivi des contrats relatifs aux interventions chirurgicales pour s'assurer qu'ils sont conformes à toutes les dispositions. Depuis la mise en œuvre en septembre 2018, les AS n'ont résilié aucun contrats avec des cliniques de chirurgie privées pour des motifs liés au rendement ou à la conformité. Le Ministère est convaincu que les accords sont respectés par les médecins et les AS. D'un point de vue général, le Ministère envisage la dynamique de production actuelle entre les AS et les cliniques (qui offraient auparavant des services privés) comme une démonstration de la valeur des ententes contractuelles qui visent à réintégrer les services de chirurgie privés dans le système public. Cette approche permet à la fois d'éliminer les pratiques de surfacturation et d'améliorer la capacité du système de santé publique à offrir les soins dont les patients ont besoin.

Le Ministère travaille en étroite collaboration avec la MSC pour s'assurer que les processus opérationnels permettent de protéger les patients contre la surfacturation. Le Ministère traite les plaintes des patients et enquête sur les allégations de surfacturation pour déterminer si une surfacturation a eu lieu. Dans la mesure du possible, tout au long de l'enquête, le Ministère cherche à résoudre la plainte par l'éducation et la communication avec le médecin.

YUKON

LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ

ÉTAT FINANCIER DES MONTANTS RÉELS DE LA SURFACTURATION ET DES FRAIS MODÉRATEURS POUR LA PÉRIODE DU 1^{ER} AVRIL 2020 AU 31 MARS 2021

1. MONTANT DE LA SURFACTURATION

La surfacturation est définie comme les frais facturés par un médecin à une personne assurée pour des services de soins de santé assurés, en plus du montant normalement acquitté par le régime d'assurance-maladie de la province ou du territoire.

Montant de la surfacturation perçu par les médecins et dentistes inscrits pour les services de santé assurés :	0 \$
--	------

2. MONTANT DES FRAIS MODÉRATEURS

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

Montant des frais modérateurs perçus pour les services diagnostiques médicalement nécessaires :	0 \$
---	------

Montant des frais modérateurs perçus pour tous les autres services assurés :	0 \$
--	------

Remarques : Des frais peuvent être perçus pour l'hébergement ou les repas fournis à une personne hospitalisée qui, de l'avis du médecin traitant, est un résident permanent d'un hôpital ou d'un autre établissement de soins de longue durée, suivant la réserve du paragraphe 19(2). Les frais liés à cette réserve ne doivent pas être inclus dans les états financiers.

TOTAL DE LA SURFACTURATION ET DES FRAIS MODÉRATEURS	0 \$
--	-------------

3. EXPLICATION DE LA MÉTHODE UTILISÉE POUR DÉTERMINER LE MONTANT DE LA SURFACTURATION ET LE MONTANT DES FRAIS MODÉRATEURS

Les renseignements suivants doivent être inclus dans la description de la méthode utilisée pour déterminer le montant de la surfacturation et le montant des frais modérateurs déclarés, y compris si un montant NUL est soumis :

- a) **Le nom des mesures législatives provinciales ou territoriales qui interdisent la surfacturation et les frais modérateurs (y compris les frais d'établissement).**

Veillez utiliser autant d'espace que nécessaire ci-dessous ou ajouter des pages supplémentaires au besoin.

Ni le régime d'assurance-santé, ni le régime d'assurance-hospitalisation du Yukon ne prévoit de frais modérateurs ou de coassurance dans le cas des services de santé assurés. 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.

La *Loi sur l'assurance-santé* du Yukon définit les services de santé assurés comme suit :

« Les services médicaux, de chirurgie dentaire et autres services de santé, y compris la fourniture de médicaments, de matériel médical et dentaire, de prothèses, [...] »

Lors de l'exercice 2020–2021, le Yukon ne disposait d'aucun établissement de soins de santé privé à but lucratif fournissant des services de santé assurés. Les renseignements communiqués ne tiennent pas compte des établissements de soins continus gérés par le gouvernement au Yukon.

- b) **Les détails sur le processus d'enquête sur la surfacturation et les frais modérateurs (p. ex. audits réguliers proactifs des factures des fournisseurs; enquêtes déclenchées à la suite de plaintes de patients, de reportages médiatiques ou autres sources).**

Veillez utiliser autant d'espace que nécessaire ci-dessous ou ajouter des pages supplémentaires au besoin.

Audits réguliers des demandes de paiement présentées par les médecins et enquêtes réactives déclenchées par les plaintes des clients ou d'autres médecins. Audit annuel par le vérificateur général.

c) Un résumé de toute enquête sur la surfacturation et les frais modérateurs au cours de l'exercice financier, y compris :

- › Le nombre d'enquêtes;
 - › 0
- › La nature de chaque enquête (p. ex. audits de facturation des médecins; enquêtes déclenchées par les patients; audits de cliniques privées; conclusions de rapports de tiers [p. ex. le vérificateur général]);
 - › S. O.
- › Les cas confirmés et les montants de la surfacturation et des frais modérateurs;
 - › 0
- › Les montants remboursés aux patients.
 - › 0

Veillez utiliser autant d'espace que nécessaire ci-dessous ou ajouter des pages supplémentaires au besoin.

d) Des détails sur les mécanismes visant à décourager la surfacturation et les frais modérateurs (p. ex. amendes pour les fournisseurs fautifs; retenues des paiements au titre du régime, initiatives de sensibilisation des fournisseurs et des patients, perte de l'agrément de l'établissement).

Veillez utiliser autant d'espace que nécessaire ci-dessous ou ajouter des pages supplémentaires au besoin.

Le préambule de la grille tarifaire des médecins du Yukon stipule ce qui suit :

[traduction] « Dans le cas des services de santé assurés, aucuns frais dépassant le barème de paiement ou s'y ajoutant ne peuvent être facturés au YHCIP (régime d'assurance-santé du Yukon). »

TERRITOIRES DU NORD-OUEST

LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ

ÉTAT FINANCIER DES MONTANTS RÉELS DE LA SURFACTURATION ET DES FRAIS MODÉRATEURS POUR LA PÉRIODE DU 1^{ER} AVRIL 2020 AU 31 MARS 2021

1. MONTANT DE LA SURFACTURATION

La surfacturation est définie comme les frais facturés par un médecin à une personne assurée pour des services de soins de santé assurés, en plus du montant normalement acquitté par le régime d'assurance-maladie de la province ou du territoire.

Montant de la surfacturation perçu par les médecins et dentistes inscrits pour les services de santé assurés :	0 \$
--	------

2. MONTANT DES FRAIS MODÉRATEURS

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

Montant des frais modérateurs perçus pour les services diagnostiques médicalement nécessaires :	0 \$
---	------

Montant des frais modérateurs perçus pour tous les autres services assurés :	0 \$
--	------

Remarques : Des frais peuvent être perçus pour l'hébergement ou les repas fournis à une personne hospitalisée qui, de l'avis du médecin traitant, est un résident permanent d'un hôpital ou d'un autre établissement de soins de longue durée, suivant la réserve du paragraphe 19(2). Les frais liés à cette réserve ne doivent pas être inclus dans les états financiers.

TOTAL DE LA SURFACTURATION ET DES FRAIS MODÉRATEURS	0 \$
--	-------------

3. EXPLICATION DE LA MÉTHODE UTILISÉE POUR DÉTERMINER LE MONTANT DE LA SURFACTURATION ET LE MONTANT DES FRAIS MODÉRATEURS

Les renseignements suivants doivent être inclus dans la description de la méthode utilisée pour déterminer le montant de la surfacturation et le montant des frais modérateurs déclarés, y compris si un montant NUL est soumis :

- a) Le nom des mesures législatives provinciales ou territoriales qui interdisent la surfacturation et les frais modérateurs (y compris les frais d'établissement).

Veillez utiliser autant d'espace que nécessaire ci-dessous ou ajouter des pages supplémentaires au besoin.

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* des Territoires du Nord-Ouest 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 ce qui suit : « 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.

- b) Les détails sur le processus d'enquête sur la surfacturation et les frais modérateurs (p. ex. audits réguliers proactifs des factures des fournisseurs; enquêtes déclenchées à la suite de plaintes de patients, de reportages médiatiques ou autres sources).

Veillez utiliser autant d'espace que nécessaire ci-dessous ou ajouter des pages supplémentaires au besoin.

Loi sur l'assurance-maladie, paragraphes 8(1), (2), (3) et (4)

8(1) Le directeur peut réviser un compte de services assurés qu'un médecin a présenté, si, à la suite de l'examen fait en vertu de l'article 7, il lui semble, selon le cas : (a) que la totalité ou une partie des services assurés n'ont pas été véritablement rendus; (b) que la totalité ou une partie des services assurés n'étaient pas médicalement nécessaires; (c) que la totalité ou une partie des services assurés n'ont pas été rendus en conformité avec les normes et pratiques professionnelles reconnues; (d) que la nature des services assurés est faussée.

(2) En cas de révision aux termes du paragraphe (1), le directeur peut faire les rajustements appropriés en ce qui concerne le montant versé au médecin à l'égard des services assurés.

(3) Si le montant versé à un médecin à l'égard des services assurés est supérieur à la prestation payable à la suite du rajustement visé au paragraphe (2), la différence entre le montant versé et le montant rajusté constitue une créance du gouvernement des Territoires du Nord-Ouest. Le directeur peut recouvrer ce montant du médecin : (a) en retenant sur les prestations payables au médecin un montant équivalant à la différence entre le montant versé et le montant rajusté; (b) en intentant une action civile; (c) en conformité avec une entente entre le directeur et le médecin relativement au paiement du montant.

(4) Si le montant versé au médecin à l'égard des services assurés est inférieur à la prestation payable à la suite du rajustement visé au paragraphe (2), le directeur verse au médecin un montant correspondant à la différence entre le montant versé et le montant rajusté.

Les Territoires du Nord-Ouest 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, le résident est invité à communiquer avec son représentant des patients désigné pour que celui-ci l'aide à corriger la situation et à déposer une plainte officielle.

La *Loi sur l'assurance-maladie* comprend une disposition qui permet au ministre de la Santé et des Services sociaux de créer un Comité d'appel des prestations qui peut étudier toute question que lui renvoie le Ministre, y compris les plaintes lorsqu'un médecin fait de la surfacturation et perçoit des frais modérateurs. À l'heure actuelle, il n'est pas nécessaire de créer ce comité, car presque tous les médecins sont rémunérés en vertu d'accords contractuels avec le gouvernement des Territoires du Nord-Ouest.

Aucun audit n'a été effectué. Le territoire compte surtout des médecins salariés.

Tous les médecins des Territoires du Nord-Ouest, sauf deux, sont sous contrat avec l'autorité de santé des Territoires du Nord-Ouest et ne facturent pas de services à l'acte. Les deux médecins des Territoires du Nord-Ouest qui pratiquent la rémunération à l'acte et tous les spécialistes en visite utilisent les services de commis à la facturation locaux des Territoires du Nord-Ouest qui facturent les honoraires appropriés selon le tarif des Territoires du Nord-Ouest.

c) Un résumé de toute enquête sur la surfacturation et les frais modérateurs au cours de l'exercice financier, y compris :

- › Le nombre d'enquêtes;
 - › Zéro
- › La nature de chaque enquête (p. ex. audits de facturation des médecins; enquêtes déclenchées par les patients; audits de cliniques privées; conclusions de rapports de tiers [p. ex. le vérificateur général]);
 - › S.O.
- › Les cas confirmés et les montants de la surfacturation et des frais modérateurs;
 - › 0 \$
- › Les montants remboursés aux patients.
 - › 0 \$

Veillez utiliser autant d'espace que nécessaire ci-dessous ou ajouter des pages supplémentaires au besoin.

d) Des détails sur les mécanismes visant à décourager la surfacturation et les frais modérateurs (p. ex. amendes pour les fournisseurs fautifs; retenues des paiements au titre du régime, initiatives de sensibilisation des fournisseurs et des patients, perte de l'agrément de l'établissement).

Veillez utiliser autant d'espace que nécessaire ci-dessous ou ajouter des pages supplémentaires au besoin.

Surtout des médecins salariés

Tous les médecins des Territoires du Nord-Ouest, sauf deux, sont sous contrat avec l'autorité de santé des Territoires du Nord-Ouest et ne facturent pas de services à l'acte. Les deux médecins des Territoires du Nord-Ouest qui pratiquent la rémunération à l'acte et tous les spécialistes en visite utilisent les services de commis à la facturation locaux des Territoires du Nord-Ouest qui facturent les honoraires appropriés selon le tarif des Territoires du Nord-Ouest.

NUNAVUT

LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ

ÉTAT FINANCIER DES MONTANTS RÉELS DE LA SURFACTURATION ET DES FRAIS MODÉRATEURS POUR LA PÉRIODE DU 1^{ER} AVRIL 2020 AU 31 MARS 2021

1. MONTANT DE LA SURFACTURATION

La surfacturation est définie comme les frais facturés par un médecin à une personne assurée pour des services de soins de santé assurés, en plus du montant normalement acquitté par le régime d'assurance-maladie de la province ou du territoire.

Montant de la surfacturation perçu par les médecins et dentistes inscrits pour les services de santé assurés :	0 \$
--	------

2. MONTANT DES FRAIS MODÉRATEURS

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

Montant des frais modérateurs perçus pour les services diagnostiques médicalement nécessaires :	0 \$
---	------

Montant des frais modérateurs perçus pour tous les autres services assurés :	0 \$
--	------

Remarques : Des frais peuvent être perçus pour l'hébergement ou les repas fournis à une personne hospitalisée qui, de l'avis du médecin traitant, est un résident permanent d'un hôpital ou d'un autre établissement de soins de longue durée, suivant la réserve du paragraphe 19(2). Les frais liés à cette réserve ne doivent pas être inclus dans les états financiers.

TOTAL DE LA SURFACTURATION ET DES FRAIS MODÉRATEURS	0 \$
--	-------------

3. EXPLICATION DE LA MÉTHODE UTILISÉE POUR DÉTERMINER LE MONTANT DE LA SURFACTURATION ET LE MONTANT DES FRAIS MODÉRATEURS

Les renseignements suivants doivent être inclus dans la description de la méthode utilisée pour déterminer le montant de la surfacturation et le montant des frais modérateurs déclarés, y compris si un montant NUL est soumis :

- a) Le nom des mesures législatives provinciales ou territoriales qui interdisent la surfacturation et les frais modérateurs (y compris les frais d'établissement).

Veillez utiliser autant d'espace que nécessaire ci-dessous ou ajouter des pages supplémentaires au besoin.

Le gouvernement du Nunavut passe des contrats directement avec les médecins et les dentistes et est directement propriétaire de tous les établissements de santé – les services assurés ne sont pas facturés aux patients 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.

- b) Les détails sur le processus d'enquête sur la surfacturation et les frais modérateurs (p. ex. audits réguliers proactifs des factures des fournisseurs; enquêtes déclenchées à la suite de plaintes de patients, de reportages médiatiques ou autres sources).

Veillez utiliser autant d'espace que nécessaire ci-dessous ou ajouter des pages supplémentaires au besoin.

Le gouvernement du Nunavut passe des contrats directement avec les médecins et les dentistes et est directement propriétaire de tous les établissements de santé – les services assurés ne sont pas facturés aux patients assurés.

Le Ministère ne dispose pas d'un bureau des plaintes réservé uniquement à la surfacturation. Toutefois, il dispose d'autres mécanismes permettant aux Nunavummiut de faire part de leurs préoccupations concernant leurs services de soins de santé 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

Ligne sans frais : 1-800-661-0833

c) Un résumé de toute enquête sur la surfacturation et les frais modérateurs au cours de l'exercice financier, y compris :

- › Le nombre d'enquêtes;
- › La nature de chaque enquête (p. ex. audits de facturation des médecins; enquêtes déclenchées par les patients; audits de cliniques privées; conclusions de rapports de tiers [p. ex. le vérificateur général]);
- › Les cas confirmés et les montants de la surfacturation et des frais modérateurs;
- › Les montants remboursés aux patients.

Veillez utiliser autant d'espace que nécessaire ci-dessous ou ajouter des pages supplémentaires au besoin.

NUL

Le gouvernement du Nunavut passe des contrats directement avec les médecins et les dentistes et est directement propriétaire de tous les établissements de santé – les services assurés ne sont pas facturés aux patients assurés.

d) Des détails sur les mécanismes visant à décourager la surfacturation et les frais modérateurs (p. ex. amendes pour les fournisseurs fautifs; retenues des paiements au titre du régime, initiatives de sensibilisation des fournisseurs et des patients, perte de l'agrément de l'établissement).

Veillez utiliser autant d'espace que nécessaire ci-dessous ou ajouter des pages supplémentaires au besoin.

Le gouvernement du Nunavut passe des contrats directement avec les médecins et les dentistes et est directement propriétaire de tous les établissements de santé – les services assurés ne sont pas facturés aux patients assurés.



ANNEXE C

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.

Veillez 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 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 D

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 Terre-Neuve-et-Labrador en matière de remboursement et du rapport d'étape de janvier 2024]

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 :

[Traduction]

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 2024, MISE EN ŒUVRE DU PLAN D'ACTION DE TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR EN MATIÈRE DE REMBOURSEMENT

Résumé des mesures

À la fin de 2017, le ministère de la Santé et des Services communautaires (le Ministère) a commencé à recevoir des appels téléphoniques de bénéficiaires du Medical Care Plan (MCP) se plaignant d'avoir été facturés directement pour une chirurgie de la cataracte. En février 2018, le Ministère a émis un communiqué d'intérêt public et a créé une ligne d'information sur la chirurgie de la cataracte afin d'identifier les bénéficiaires susceptibles d'avoir été indûment facturés pour une chirurgie de la cataracte assurée.

Le 15 juin 2018, des modifications apportées au *Medical Care Insurance Insured Services Regulations* sont entrées en vigueur afin de 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 ».

À compter du 1^{er} janvier 2019, le Ministère a adopté la lentille asphérique comme nouvelle norme pour la chirurgie de la cataracte, garantissant ainsi que les patients ne se voient plus imposer de frais pour cette lentille lorsqu'elle est insérée au cours des procédures de cataracte assurées.

En 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. En avril 2019, le Ministère et la Newfoundland and Labrador Medical Association (NLMA) ont signé un accord modificateur afin d'ajouter l'annexe O au protocole d'entente 2013–2017. L'annexe O décrit l'entente entre le Ministère et la NLMA en ce qui concerne les frais de service associés aux chirurgies de la cataracte effectuées dans des établissements désignés. En janvier 2021, le lieutenant-gouverneur en conseil a désigné deux établissements non hospitaliers pour fournir une chirurgie de la cataracte assurée. Un troisième établissement a été désigné en avril 2022.

En février 2020, un communiqué d'intérêt public a été émis pour décrire le processus de remboursement des chirurgies de la cataracte.

Le ministère de la Santé et des Services communautaires a procédé en 2022 à un examen de la répartition provinciale des chirurgies de la cataracte hors hôpital et de la Politique relative à la prestation de chirurgies de la cataracte dans les établissements non hospitaliers désignés. Cet examen comprenait un calcul de la demande régionale totale prévue (DRTP) pour la chirurgie de la cataracte dans chaque région de la province, ainsi qu'une évaluation des listes d'attente, des points de repère nationaux pour les temps d'attente et du respect de la politique par les établissements désignés. À la suite de cette évaluation, le Ministère a approuvé une augmentation ponctuelle de 3 300 interventions aux plafonds régionaux de chirurgie de la cataracte dans les établissements désignés. Cette augmentation sera en vigueur du 1^{er} octobre 2022 au 31 mars 2024 (18 mois au total, avec 1 100 procédures effectuées dans la seconde moitié de 2022–2023 et 2 200 procédures effectuées en 2023–2024). **Le budget 2023 a prévu 1 500 procédures supplémentaires**, ce qui, ajouté au nombre de procédures de base (3 500) fournies chaque année aux établissements désignés de la province, porte le total des procédures extrahospitalières pour 2023–2024 à 7 200 (3 500 + 2 200 + 1 500).

Mesure corrective par le biais du remboursement des patients et d'une enquête plus approfondie

Après le communiqué d'intérêt public publié en 2018, le Ministère a publié un autre communiqué d'intérêt public sur le processus de remboursement des chirurgies de la cataracte le 20 février 2020. Dans le cadre de ce processus, le Ministère a mis en place une ligne téléphonique (1-844-957-1401) et une adresse électronique (cataract@gov.nl.ca) dédiées aux patients. Le Ministère a également contacté directement les personnes qui avaient précédemment communiqué avec ce dernier par l'entremise de la ligne d'information sur la chirurgie de la cataracte de 2018. Dans le cadre du processus de remboursement, le Ministère a examiné les renseignements fournis par les nouveaux patients qui n'avaient pas précédemment communiqué avec lui jusqu'à la publication du communiqué d'intérêt public publié en 2020. Le Ministère déclare maintenant un total de 128 787,22 \$ en frais modérateurs identifiés et 127 532,34 \$ à 130 personnes pour des procédures effectuées sur 222 yeux avant les modifications législatives introduites le 15 juin 2018. Ce total de 127 532,34 \$ représente les frais professionnels pour la chirurgie de la cataracte de 130 patients.

Tous les patients ayant contacté le Ministère n'ont pas été admissibles à un remboursement. Plusieurs raisons expliquent pourquoi les patients ne répondaient pas aux critères d'admissibilité au remboursement. Par exemple, aux termes du processus de remboursement, le 15 juin 2018 a été fixé en tant que date limite pour le remboursement. Cette date coïncidait avec l'entrée en vigueur des modifications législatives. Par conséquent, les patients dont la chirurgie a été effectuée après le 15 juin 2018 n'étaient pas admissibles au remboursement et n'ont donc pas été remboursés. Dans d'autres cas où la demande de remboursement a été refusée, les documents fournis par le patient ne contenaient pas suffisamment de preuves indiquant que le service fourni était une chirurgie de la cataracte assurée.

Bien que la date limite de remboursement soit passée, le processus de révision reste ouvert. Le Ministère continue à examiner les documents soumis par les patients et à signaler tout cas de frais modérateurs par les patients. De janvier 2023 à septembre 2023, les services médicaux du Ministère ont reçu des demandes de quatre personnes concernant le remboursement de frais liés à des interventions ophtalmologiques en 2020 et 2023. Les services médicaux n'ont pas reçu de nouvelles demandes de ce type depuis septembre 2023. Trois de ces personnes ont également soumis des documents à l'appui de leur demande. Les quatre ont soumis des factures pour examen. Trois d'entre elles ont présenté des factures détaillées.

Toutes les factures examinées indiquaient que la procédure principale était la « correction de la vue » et mentionnaient clairement que les procédures n'étaient pas assurées par le régime d'assurance-santé. Les factures détaillées comprenaient également la déclaration suivante : « Le rôle de ces services est de fournir le meilleur résultat en matière de réfraction. Ils ne réduisent pas les délais d'attente pour la chirurgie ». Les patients ont payé entre 2 845 et 3 145 dollars par œil pour la procédure, la majeure partie des coûts étant liée à l'utilisation de la technologie laser (1 200 dollars par œil), aux tests de diagnostic non assurés et à la lentille utilisée. Le coût varie en fonction du type de lentille choisi. Le retrait du cristallin naturel n'a pas été facturé.

En général, les trois patients qui ont soumis une documentation détaillée ont décrit les longs délais d'attente pour une opération de la cataracte financée par les pouvoirs publics. Ils ont décrit les craintes liées à l'aggravation ou à la perte de la vision, en particulier la capacité à effectuer des tâches de base ainsi que la capacité à conduire pendant l'attente d'une opération de la cataracte financée par les pouvoirs publics. Dans certains cas, la demande était étayée par des documents médicaux. Un patient a fourni un document d'un optométriste attestant que le patient « a payé lui-même pour être opéré plus tôt ». Un patient a fourni une lettre de référence de son ophtalmologiste traitant au chirurgien pratiquant l'opération de la cataracte. Un autre a fourni des documents justificatifs provenant du cabinet du chirurgien traitant. Ce document indique que le patient a bénéficié d'une chirurgie d'échange de lentilles réfractives en raison du type d'erreur de réfraction « et de cataractes bilatérales de grade 2+ ». La correspondance précise en outre qu'« en raison de l'utilisation de LIO correctives de qualité supérieure, cette procédure n'est pas financée par le régime provincial d'assurance-santé ».

L'examen des documents de consentement soumis indique que le patient a consenti à une « chirurgie réfractive du cristallin et de la cataracte », décrite comme « non médicalement nécessaire », une « amélioration de la vision », « facultative », « non assurée » dans le corps des documents de consentement. Les documents de consentement précisent également que « l'intention n'est pas de réduire simplement les temps d'attente pour la chirurgie » et que les chirurgiens de Terre-Neuve-et-Labrador « n'ont pas le droit d'offrir une chirurgie plus rapide contre rémunération... Tout paiement à titre personnel ne concerne que les tests, les procédures ou la correction réfractive non assurés et n'entraînera pas une chirurgie plus rapide ».

On espère que l'augmentation supplémentaire du plafond accordée dans le budget 2023 permettra d'éviter que les patients aient à payer pour une opération de la cataracte.

Mesure proactive : Politique sur les nouveaux établissements non hospitaliers désignés

En 2020, le Ministère a élaboré la [Politique sur la prestation de services de chirurgie de la cataracte dans des établissements non hospitaliers désignés](#) (en anglais seulement), qui précise les exigences et les attentes envers ces établissements. L'article 14.1 énonce les attentes en ce qui concerne la surfacturation et les frais modérateurs, qui sont interdits. L'ophtalmologiste doit s'assurer que le patient comprend que tous les services assurés sont fournis sans frais (pour le patient). Les établissements non hospitaliers désignés doivent fournir une liste détaillée des services facturés afin d'assurer la distinction entre les services assurés et les services non assurés facturables. Les établissements non hospitaliers désignés doivent afficher dans leur bureau une fiche d'information pour les patients dans un endroit visible accessible au public et doivent également fournir une copie de cette fiche d'information aux patients qui subissent une chirurgie de la cataracte dans un établissement désigné aux fins de signature pour indiquer leur compréhension du processus. Le Ministère étudiera toutes les plaintes des patients qui sont soupçonnées d'être liées à la surfacturation et aux frais modérateurs. Le lieutenant-gouverneur en conseil peut suspendre ou annuler le statut de désignation d'un établissement non hospitalier si l'établissement non hospitalier désigné ne s'est pas conformé à la politique.

[Vous trouverez ci-dessous une description du Plan d'action du Québec en matière de remboursement visant à éliminer les frais imposés aux patients pour les examens diagnostiques médicalement nécessaires, qui a été communiqué lors d'un échange du 14 décembre 2023 entre les fonctionnaires.]

PLAN D'ACTION DU QUÉBEC EN MATIÈRE DE REMBOURSEMENT EN VUE D'ÉLIMINER LES FRAIS IMPOSÉS AUX PATIENTS POUR LES EXAMENS DIAGNOSTIQUES MÉDICALEMENT NÉCESSAIRES

D'abord, le projet de loi 15, Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace, dont l'étude a été complétée à l'Assemblée nationale du Québec, réitère notamment la responsabilité du réseau public de santé et de services sociaux à l'effet d'assurer l'offre des services médicalement requis pour satisfaire aux besoins sociosanitaires et aux particularités de la population québécoise, notamment les services diagnostiques.

À cette fin, la loi prévoit que les présidents-directeurs généraux des établissements créent des conditions favorables à l'accès aux services médicaux généraux et spécialisés, à leur continuité et à leur mise en réseau, de concert avec les départements territoriaux de médecine familiale et de médecine spécialisée, en portant une attention particulière à l'accessibilité :

- a) des plateaux techniques diagnostiques pour tous les médecins;
- b) de l'information clinique, entre autres le résultat d'examens diagnostiques tels ceux de laboratoire et d'imagerie médicale, les profils médicamenteux et les résumés de dossiers.

Cette disposition législative démontre que le gouvernement du Québec poursuit ses travaux afin de s'assurer que ces services demeurent assurés par son régime public.

C'est donc dans l'optique d'offrir aux Québécois un meilleur accès au bon professionnel de la santé, au bon moment, et d'assurer une meilleure réponse aux besoins de la population grâce à une meilleure maîtrise des besoins et de l'offre, que la loi 15 prévoit la création de Santé Québec qui aura pour mandat, entre autres, d'encadrer et de coordonner l'activité des établissements privés et de certains autres prestataires.

Ensuite, nous vous confirmons que les contrats établis entre les cliniques privées et les établissements publics comprennent l'étendue des mesures prises et que les services médicalement nécessaires rendus par les cliniques privées dans le cadre de ceux-ci n'entraînent aucuns frais supplémentaires aux patients.

De plus, dans le but d'améliorer l'accessibilité aux services médicaux spécialisés, Santé Québec peut proposer au ministre qu'un établissement de Santé Québec qui exerce des activités hospitalières soit associé à l'exploitant de l'une des entreprises suivantes afin de lui confier la prestation de certains services médicaux spécialisés aux usagers de cet établissement.

Avant d'accepter la proposition de Santé Québec, le ministre doit être d'avis qu'elle est de nature à améliorer l'accessibilité aux services médicaux spécialisés concernés et qu'elle n'affectera pas la capacité du réseau public de santé et de services sociaux, notamment en regard de la main-d'œuvre requise pour le fonctionnement de ce réseau. Il est également tenu de prendre en compte les gains d'efficacité et d'efficacité conséquents à la mise en œuvre de cette proposition.

Ce mécanisme renforcera à la fois l'efficacité et l'accessibilité du réseau, ainsi que le pouvoir décisionnel du ministre, assurant du même coup qu'il ne pourra y avoir de frais engagés par les usagers, en respect de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Ajoutons que la loi prévoit également l'obligation de mesurer la satisfaction des usagers, ce qui permettra d'adapter rapidement les services en conséquence. Un comité national des usagers et usagères sera ainsi mis sur pied avec la responsabilité d'harmoniser les pratiques des comités d'usagers des établissements et de formuler des recommandations au conseil d'administration de Santé Québec. La loi prévoit aussi l'ajout d'un commissaire national aux plaintes. Le ministre sera ainsi renseigné efficacement si un patient se retrouvait dans une position où il doit assumer lui-même des frais pour des services médicalement requis.

[Voici le texte du Plan d'action de l'Ontario visant à éliminer la surfacturation et du rapport d'étape de février 2024]

PLAN D'ACTION DE L'ONTARIO EN MATIÈRE DE REMBOURSEMENT

CONTEXTE

Cadre législatif de l'Ontario concernant la surfacturation et les frais modérateurs

L'Ontario reconnaît que le régime public d'assurance-maladie correspond à une valeur canadienne fondamentale et que sa préservation est essentielle pour la santé des Ontariens, aujourd'hui et demain. L'Ontario poursuit ses efforts en vue d'interdire la médecine à deux vitesses, la surfacturation et les frais modérateurs, conformément à la *Loi canadienne sur la santé* (LCS), de même qu'elle s'engage à faire de l'accessibilité un principe central du régime d'assurance-maladie ontarien.

La *Loi sur l'assurance-santé* (LAS), la *Loi sur les établissements de santé autonomes* (LESA) et la *Loi sur l'engagement d'assurer l'avenir de l'assurance-santé* (LEAAAS) constituent le cadre législatif par lequel l'Ontario protège activement les assurés contre la surfacturation et les frais modérateurs.

Le Régime d'assurance-santé de l'Ontario (RASO) et tous les services assurés sont régis par la LAS et ses règlements.

Loi sur l'engagement d'assurer l'avenir de l'assurance-santé (LEAAAS)

La LEAAAS interdit à toute personne ou entité d'imposer des frais non autorisés pour la prestation dans sa totalité ou en partie d'un service assuré par le RASO rendu à une personne assurée. Ces frais comprennent la surfacturation (c.-à-d. les frais imposés aux personnes assurées pour des services médicaux et de chirurgie dentaire assurés) et les frais modérateurs (c.-à-d. les frais imposés aux personnes assurées pour des services non médicaux ou de chirurgie dentaire fournis conjointement avec des services assurés dans un hôpital).

La LEAAAS interdit également aux prestataires et aux autres entités d'accorder un accès privilégié à un service assuré moyennant le paiement d'une redevance, ce que l'on appelle le resquillage, et de subordonner la prestation d'un service assuré au paiement d'un forfait pour les services non assurés.

La LEAAAS s'applique quel que soit le type d'établissement ou le cadre dans lequel un service est rendu.

Loi sur les établissements de santé autonomes (LESA)

La LESA interdit à toute personne d'imposer des frais d'établissement, sauf en conformité avec la Loi. Les frais d'établissement sont des frais, des redevances ou des paiements relatifs à un service ou à un coût de fonctionnement qui soutiennent, aident et/ou sont un complément nécessaire à un service assuré par le RASO et ne font pas partie du service assuré.

Qu'un service assuré soit fourni dans un ESA autorisé ou dans tout autre communautaire, les frais ou paiements relatifs à un service ou à un coût de fonctionnement qui soutiennent, aident et/ou sont un complément nécessaire à ce même service assuré, mais qui ne font pas partie du service assuré, ne sont pas conformes à la LESA et constituent des frais d'établissement illégaux.

PROGRAMME DE LA LEAAAS

Dans le cadre d'un programme spécialisé (Programme de la LEAAAS), le ministère de la Santé de l'Ontario (le Ministère) examine tous les cas possibles de surfacturation et de frais modérateurs portés à son attention. L'imposition de frais d'établissement contraires à la LESA peut également avoir des répercussions en vertu de la LEAAAS, et par conséquent, le programme de la LEAAAS du Ministère examine également les allégations de frais d'établissement illégaux en vertu de la LESA conjointement avec le programme d'ESA du Ministère. Si, à la suite d'un examen, il est déterminé qu'un patient s'est vu imposer un versement non autorisé (c.-à-d. une surfacturation) ou des frais modérateurs, le Ministère veille à ce que le montant total soit remboursé au patient.

Services d'avortement en Ontario

Comme on l'a vu plus haut, le cadre législatif actuel de l'Ontario (LAS, LEAAAS et LESA) protège les personnes assurées contre l'imposition de frais pour des services assurés par le RASO et pour les frais généraux et les frais d'établissement associés à la prestation de ces services.

En Ontario, les services médicaux associés aux avortements chirurgicaux et médicaux sont assurés par le RASO, quel que soit le lieu où les services sont fournis. Les frais généraux ou les frais d'établissement associés aux avortements médicaux sont inclus dans les frais payés par le RASO pour les services médicaux assurés, et le Mifegymiso, le médicament utilisé pour les avortements médicaux, est également financé par l'État. Les frais généraux et d'installation liés à la réalisation d'avortements chirurgicaux dans les hôpitaux sont des services hospitaliers assurés financés par le budget global de l'hôpital.

Le Ministère autorise et finance également quatre cliniques non hospitalières pour les frais généraux et les coûts d'établissement associés aux services d'avortement chirurgical en vertu de la LESA.

Il existe d'autres cliniques d'avortement chirurgical non hospitalières en Ontario qui ne sont pas autorisées et financées pour les frais généraux et les coûts d'établissement en vertu de la LESA. Ces cliniques ne reçoivent aucun financement du Ministère pour la composante frais d'établissement (frais généraux) du service.

En vertu de la législation provinciale, les patients ne peuvent pas se voir imposer de frais pour les services médicaux assurés ou les services hospitaliers assurés (LEAAAS) ou pour le coût des locaux, de l'équipement, des fournitures ou du personnel utilisés pour fournir des services assurés (LESA), quel que soit le cadre dans lequel les services sont reçus (p. ex. une clinique non hospitalière autorisée en vertu de la LESA, une clinique non hospitalière/non autorisée en vertu de la LESA).

En outre, le Ministère examine rapidement toutes les contraventions potentielles à la LAS, à la LEAAAS et à la LESA qui sont portées à son attention. Ceci est important pour garantir que tous les patients ne se voient pas imposer des frais pour des services de soins de santé assurés.

Sujet de préoccupation

Santé Canada s'est montré préoccupé par le fait que certaines cliniques d'avortement chirurgical non hospitalières de l'Ontario pourraient imposer des frais obligatoires (frais de clinique ou forfaitaires) aux patientes afin qu'elles aient accès à des services d'avortement chirurgical assurés, en contravention à la LCS.

Les préoccupations spécifiques de Santé Canada sont fondées, en partie, sur des enquêtes menées par des employés de Santé Canada se faisant passer pour des patientes à qui le personnel de la clinique a dit qu'elles devraient payer des frais obligatoires (frais de clinique ou forfaitaires) pour avoir accès à des services d'avortement chirurgical assurés ou lorsque les sites Web des cliniques n'étaient pas clairs en ce qui concerne les frais.

De plus, Santé Canada a effectué une déduction au titre du Transfert canadien en matière de santé (TCS) de mars 2021 de l'Ontario d'un montant de 13 905,00 \$ pour tenir compte des frais modérateurs constatés dans une clinique d'avortement chirurgical non hospitalière, comme l'indique le rapport de l'Ontario sur la surfacturation et les frais modérateurs pour l'exercice 2018–2019. Pour répondre aux préoccupations soulevées par Santé Canada à l'égard des services d'avortement qui remontent à plusieurs années, l'Ontario a mené des enquêtes en vertu de LEAAAS dans plusieurs cliniques d'avortement privées pour s'assurer que leurs politiques de frais sont conformes à la législation ontarienne.

ENQUÊTES

L'Ontario a déployé des efforts considérables pour répondre aux préoccupations de Santé Canada à l'égard des services d'avortement assurés en Ontario.

Depuis 2017, le Ministère a entrepris neuf examens proactifs de cinq cliniques privées d'avortement chirurgical en Ontario, dont quatre ont été entrepris en réponse aux préoccupations soulevées par Santé Canada.

Sur la base des examens entrepris, à l'exception d'une clinique, le Ministère n'a identifié aucun cas de surfacturation ou de frais modérateurs.

De plus, le Ministère n'a reçu que très peu de plaintes directes de patientes s'étant vues imposer des frais en rapport avec des services d'avortement chirurgical assurés en Ontario. En plus des enquêtes proactives susmentionnées, depuis 2003, le Ministère n'a entrepris que cinq autres enquêtes liées à des plaintes spécifiques de patientes concernant des frais imposés par des cliniques d'avortement communautaires. Au total, aucun cas de surfacturation ou de frais modérateurs n'a été identifié.

À la suite des préoccupations de Santé Canada, le Ministère a rapidement ouvert de nouvelles enquêtes en vertu de la LEAAAS dans deux des trois cliniques en question. Le Ministère avait déjà récemment conclu une enquête sur la troisième clinique.

Le tableau ci-dessous résume les enquêtes demandées par Santé Canada :

	CLINIQUE A	CLINIQUE B	CLINIQUE C
Décrire le processus d'enquête pour chaque clinique, y compris les détails concernant :			
La chronologie des enquêtes	2018–2019	2019–2020	2019–2020
La nature des données sur les services au niveau de la clinique demandées par l'Ont. et fournies par chaque clinique	Données sur les demandes de remboursement du RASO	60 dossiers médicaux et tous les documents relatifs aux patientes fournis par la clinique	60 dossiers médicaux et tous les documents relatifs aux patientes fournis par la clinique
Quand les services décrits par ces données ont été fournis aux patientes	Avril 2018–mars 2019	Octobre 2017–octobre 2019	Octobre 2017–octobre 2019
La méthodologie utilisée pour analyser ces données	L'Ontario a déclaré un montant net de 13 905,00 \$ au titre des frais modérateurs dans son rapport de l'exercice 2018–2019 sur la surfacturation et les frais modérateurs	Aucune preuve de surfacturation et de frais modérateurs	Aucune preuve de surfacturation et de frais modérateurs

	CLINIQUE A	CLINIQUE B	CLINIQUE C
Résumer les conclusions de ces enquêtes :			
Quelle était la nature des frais imposés aux patients par chaque clinique?	40 à 50 \$ de frais d'établissement pour un équipement utilisé en association avec un avortement chirurgical	Sur les 60 patientes pour lesquelles des dossiers ont été demandés, 9 patientes ayant bénéficié d'un avortement chirurgical assuré n'ont pas payé de frais de clinique	Sur les 60 patientes pour lesquelles des dossiers ont été demandés, 10 patientes n'ont pas payé de frais et 1 patiente a refusé de payer de frais forfaitaires pour des services non assurés et n'a payé que des frais d'ordonnance pour les médicaments.
Combien de patientes se sont vues imposer des frais, et quelle proportion des patientes de chaque clinique a acquitté ces frais?	296	Voir ci-dessus	Voir ci-dessus
Surfacturation et frais modérateurs	L'Ontario a déclaré un montant net de 13 905,00 \$ au titre des frais modérateurs dans son rapport de l'exercice 2018–2019 sur la surfacturation et les frais modérateurs	Aucune preuve de surfacturation et de frais modérateurs	Aucune preuve de surfacturation et de frais modérateurs

	CLINIQUE A	CLINIQUE B	CLINIQUE C
Résumer les conclusions de ces enquêtes :			
Informations sur les patientes	S.O.	Le Ministère a demandé la révision de la liste des frais pour les services non assurés, des informations fournies aux patientes pour s'assurer qu'elles comprennent qu'elles peuvent accéder gratuitement aux services d'avortement assurés.	Le Ministère a demandé la révision de la liste des frais pour les services non assurés, les informations fournies aux patientes après la prise de rendez-vous, toute autre information mise à disposition pour s'assurer que les patientes comprennent qu'elles peuvent avoir accès aux services d'avortement assurés sans frais.
Résumé	Le Ministère a depuis reçu la confirmation de la clinique qu'elle avait cessé de faire payer les patientes pour l'équipement. De plus, la clinique ne fournit plus de services d'avortement chirurgical.	Le Ministère a depuis reçu confirmation de la part de la clinique qu'elle a mis à jour les informations relatives aux patientes comme demandé.	Le Ministère a depuis reçu confirmation de la part de la clinique qu'elle a mis à jour les informations relatives aux patientes comme demandé.

MESURES CORRECTIVES PRISES

REMODELER LES SERVICES D'AVORTEMENT EN ONTARIO

L'Ontario s'engage à revoir le cadre actuel de financement des services d'avortement chirurgical assurés dans la province. Un secteur en constante évolution et la complexité du modèle actuel de financement des services d'avortement en Ontario offrent l'occasion d'envisager de nouvelles options pour améliorer la prestation des soins dans différents contextes de prestation de services de santé pour les services d'avortement au-delà de ceux actuellement financés par le Ministère.

Une évaluation appropriée des options de prestation de services, dans l'optique de financer tous les prestataires/établissements de services d'avortement chirurgical, devrait être effectuée en tenant compte de l'impact potentiel sur les patientes, les prestataires de services actuellement financés, ainsi que de la nature particulière des services d'avortement. L'Ontario dispose d'une législation spécifique pour assurer un accès sûr aux soins d'avortement, la Loi de 2017 sur l'accès sécuritaire aux services d'interruption volontaire de grossesse. Cette loi protège la sûreté, la sécurité, la santé et la vie privée des patientes et des prestataires de services d'avortement dans leurs environnements de prestation de services de santé et à leur domicile.

Toute mise à jour du financement des services d'avortement en Ontario devrait prendre soigneusement en compte les zones d'accès sécurisé et la nature unique des services d'avortement.

Conclusion

L'Ontario fait le vœu que Santé Canada tiendra compte des efforts considérables déployés par la province pour s'assurer que le secteur ontarien des services d'avortement protège les patientes contre les obstacles à l'accès à ces services assurés et que ces mêmes efforts seront reconnus par Santé Canada par le biais d'un remboursement de la déduction au titre du TCS de mars 2021.

RAPPORT D'ÉTAPE DE FÉVRIER 2024, MISE EN ŒUVRE DU PLAN D'ACTION DE L'ONTARIO EN MATIÈRE DE REMBOURSEMENT

[Vous trouverez ci-dessous une description de la mise à jour du Plan d'action de l'Ontario en matière de remboursement de février 2024, qui a été communiquée lors d'un échange entre les fonctionnaires le 2 février 2024]

La nouvelle *Loi sur les centres de services de santé communautaires intégrés* a été adoptée pour réduire les temps d'attente pour les services de santé essentiels, améliorer les garde-fous pour intégrer les centres de chirurgie et de diagnostic communautaires dans le système de santé et améliorer les normes de qualité et la surveillance tout en préservant la continuité du personnel médical, infirmier et autres travailleurs de la santé dans les hôpitaux publics et autres établissements de soins de santé.

Cette tâche est devenue plus importante que jamais en raison de l'impact de la pandémie de COVID-19 sur le système de santé de l'Ontario alors que la réduction des temps d'attente était, et demeure, une priorité absolue.

L'Ontario s'efforce d'obtenir des résultats significatifs à cet égard avant de se concentrer sur la résolution des problèmes structurels de financement des cliniques privées d'avortement soulevés par Santé Canada. À l'avenir, il faudra procéder à une évaluation approfondie des options de prestation de services afin de tenir compte de la nature particulière des services d'avortement, de l'impact potentiel sur les prestataires de services et, surtout, de l'impact potentiel sur les patientes.

Dans le cadre de l'examen effectué en vertu de la *Loi sur l'engagement d'assurer l'avenir de l'assurance-santé*, l'Ontario a informé les cliniques privées d'avortement et leur a demandé de modifier leurs documents destinés aux patientes et leurs sites web afin d'indiquer clairement que les patientes peuvent accéder gratuitement aux services d'avortement assurés par le régime d'assurance-santé de l'Ontario et que le fait de ne pas payer de frais globaux n'empêche pas les patientes d'avoir accès à ces services. Bien qu'il s'agisse d'une étape provisoire pour répondre aux préoccupations de Santé Canada, soyez assurés que l'Ontario reste déterminé à répondre spécifiquement aux problèmes de financement structurel et continuera à fournir des mises à jour à Santé Canada au fur et à mesure de l'avancement de ces travaux.

[Voici le texte du Plan d'action du Manitoba en matière de remboursement visant à éliminer les frais imposés aux patients pour les examens diagnostiques médicalement nécessaires]

PLAN D'ACTION DU MANITOBA EN MATIÈRE DE REMBOURSEMENT RELATIF À LA POLITIQUE DES SERVICES DIAGNOSTIQUES

Ce document résume les efforts déployés par le Manitoba pour éliminer les frais imposés aux patients pour les services diagnostiques médicalement nécessaires.

CONTEXTE

- › Au Manitoba, une clinique privée (la clinique Prota) facturait aux patients des services d'échographie et d'échocardiographie médicalement nécessaires.

ENQUÊTE ET RAPPORT

- › Le ministère de la Santé, des Aînés et des Soins de longue durée du Manitoba (MSASLD) a appris qu'une clinique privée avait facturé un service de diagnostic médicalement nécessaire au cours de la période visée par le rapport 2021–2022. Le MSASLD a pris connaissance de l'événement après avoir reçu un appel à sa ligne d'information sur la facturation de la part d'un patient à qui le service avait été facturé.
- › Par conséquent, le Manitoba a déclaré à Santé Canada 650 \$ de frais modérateurs perçus pour l'accès à des services de diagnostic médicalement nécessaires pour la période visée par le rapport. Le coût du service a été obtenu par le MSASLD auprès du patient et vérifié en contactant la clinique Prota.

MESURES CORRECTIVES PRISES ET SUIVI DE LA CONFORMITÉ

- › Le 14 juillet 2023, le MSASLD a envoyé une lettre officielle demandant à la Prota Clinic de cesser de facturer aux patients des services d'échographie médicalement nécessaires. Depuis l'envoi de cette lettre, le MSASLD n'a pas identifié d'autres patients auxquels la clinique aurait facturé des frais. Le MSASLD n'a pas conclu de contrat avec la Prota Clinic pour la prestation de services, mais la clinique est un établissement agréé par le MSASLD pour la prestation de services de radiologie.
- › Si un résident du Manitoba estime qu'il a reçu des frais inappropriés pour un service assuré par le régime provincial d'assurance maladie (c'est-à-dire une incidence potentielle de surfacturation ou de frais modérateurs), ou si un rapport ou une allégation de surfacturation ou de frais modérateurs est déposé, le ministère enquêtera sur la plainte, le rapport ou l'allégation comme il se doit. Les résidents peuvent contacter le MSASLD pour signaler de tels événements en utilisant l'une des coordonnées indiquées sur notre site web, y compris notre ligne d'audit et d'enquête sur les fraudes.

- › La Direction des prestations assurées du MSASLD examine les détails des frais imposés aux patients afin de déterminer si le service fourni était un service assuré.
- › En règle générale, si des frais ont été imposés qui pourraient être considérés comme une surfacturation ou des frais modérateurs, le MSASLD contacte le prestataire de services médicaux pour l'informer qu'il doit rembourser le patient et soumettre une demande de remboursement au MSASLD. Cette mesure suffit à résoudre le problème. D'autres incidents de la part du même prestataire de services peuvent donner lieu à une enquête de l'unité d'audit et d'investigation du MSASLD.

[Voici une description du Plan d'action de l'Alberta en matière de remboursement visant à éliminer les frais imposés aux patients pour les examens diagnostiques médicalement nécessaires, qui a été communiqué lors d'un échange entre les fonctionnaires le 11 janvier 2024.]

PLAN D'ACTION DE L'ALBERTA EN MATIÈRE DE REMBOURSEMENT EN VUE D'ÉLIMINER LES FRAIS IMPOSÉS AUX PATIENTS POUR LES EXAMENS DIAGNOSTIQUES MÉDICALEMENT NÉCESSAIRES

En général, Alberta Health a recours à un processus de planification proactif et basé sur le risque pour identifier les domaines potentiels de facturation inappropriée en vertu de l'*Alberta Health Care Insurance Act*. Ce processus comprend des dispositions visant à remédier à la non-conformité en ce qui concerne la surfacturation et les frais interdits par toute personne. Si un Albertain soupçonne qu'une facturation inappropriée a eu lieu, il est invité à déposer une plainte auprès d'Alberta Health; toutes les plaintes concernant un comportement suspect de facturation inappropriée font l'objet d'une enquête. Pour l'exercice 2021–2022, aucun cas avéré de surfacturation n'a été identifié par les demandes de renseignements des Albertains ni par les relevés des prestations payées.

En ce qui concerne la déduction de l'Alberta au titre du Transfert canadien en matière de santé pour 2023 liée à la Politique des services diagnostiques, Alberta Health a élaboré un plan pour assurer la conformité à la *Loi canadienne sur la santé*, et nous nous efforçons de régler la question des frais imposés aux patients pour l'imagerie diagnostique nécessaire du point de vue médical. À cette fin, Alberta Health a réalisé une analyse des lacunes législatives et élabore des options politiques pour résoudre ce problème.

En Alberta, les services d'imagerie diagnostique tels que les TDM, les IRM et les TEP sont financés par l'État par l'intermédiaire de Alberta Health Services (AHS). Ces services ne sont pas considérés comme des « services assurés » dans la liste des prestations médicales de l'Alberta, qui énumère les services médicaux que l'Alberta considère comme des « services de santé assurés » aux fins de la *Loi canadienne sur la santé*. Bien que les services d'imagerie diagnostique ne soient pas strictement identifiés par l'Alberta comme des « services de santé assurés », ils sont néanmoins financés par l'État et répondent à l'objectif principal de la *Loi canadienne sur la santé*, qui exige que l'imagerie diagnostique médicalement nécessaire soit financée par les régimes d'assurance maladie provinciaux et territoriaux.

En outre, AHS fournit des services d'imagerie diagnostique dans des établissements qui lui appartiennent et qu'elle gère, ainsi que par le biais de contrats avec des établissements d'imagerie diagnostique privés basés dans la communauté. Les services d'imagerie diagnostique fournis dans les établissements de AHS sont financés par l'État et ne sont pas facturés aux patients. Les Albertains peuvent également bénéficier de services d'imagerie diagnostique financés par l'État dans un cadre communautaire, en dehors d'un établissement de AHS, en faisant appel à un prestataire privé d'imagerie diagnostique sous contrat avec AHS. Là encore, le patient n'a rien à payer lorsqu'il reçoit des services d'imagerie diagnostique dans un établissement sous contrat avec AHS. Les Albertains recommandés par un médecin qui choisissent des services d'imagerie diagnostique privés plutôt que des services d'imagerie diagnostique financés par l'État peuvent également demander à AHS d'être remboursés si l'urgence médicale est démontrée.

Comme indiqué dans des échanges précédents, AHS a une politique en matière de remboursement pour les patients qui ont payé l'imagerie diagnostique à titre privé dans les cas où le secteur public n'est pas en mesure de fournir le même service dans un délai approprié sur le plan clinique. Lorsque AHS reçoit une demande de remboursement accompagnée des pièces justificatives, elle prend une décision de remboursement sur la base des éléments suivants :

1. Le besoin clinique de l'examen, tel qu'identifié par le médecin traitant;
2. La demande d'examen originale soumise à AHS;
3. La demande d'examen est classée par ordre de priorité selon les directives de AHS en matière de priorité et d'indication de l'imagerie diagnostique;
4. L'examen n'est pas programmé dans un délai approprié, en fonction de la présentation clinique documentée et de l'urgence, malgré les efforts documentés déployés par le médecin traitant pour accélérer la demande auprès de AHS.

Pour réduire les temps d'attente pour l'imagerie diagnostique, des fonds publics supplémentaires ont été inclus dans les derniers budgets. Le *Budget 2023* prévoyait une augmentation de 12 millions de dollars pour permettre à AHS de réaliser 41 000 TDM supplémentaires, pour un total annuel de 540 000, et 12 000 IRM supplémentaires, pour un total annuel de 255 000.

Le gouvernement de l'Alberta a également alloué des fonds pour l'imagerie diagnostique dans le cadre de l'accord de financement bilatéral Shared Health Priorities. Ce financement permettra d'augmenter le nombre d'examens financés par l'État dans les centres d'imagerie diagnostique communautaires afin de réduire les temps d'attente et de garantir à tous les Albertains l'accès à des examens financés par l'État. Sur trois ans, ce financement permettra de réaliser environ 100 000 examens supplémentaires d'imagerie diagnostique avancée.



[Voici le texte du Plan d'action de la Colombie-Britannique visant à éliminer la surfacturation et du rapport d'étape de décembre 2023]

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 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 soit 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'examen 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, comme 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 Seafeld 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.

RAPPORT D'ÉTAPE : MISE EN ŒUVRE DU PLAN D'ACTION DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE DE DÉCEMBRE 2023 VISANT À ÉLIMINER LA SURFACTURATION

Conformément aux articles 18 et 19 de la *Loi canadienne sur la santé* (LCS), nous soumettons le rapport d'étape de décembre 2023 relatif au Plan d'action de la Colombie-Britannique (C.-B.) visant à éliminer la surfacturation.

Le rapport d'étape qui suit démontre l'engagement permanent de la C.-B. à faire respecter les principes de la LCS en dépit de circonstances difficiles, et nous souhaitons fermement que l'on prenne des dispositions en vertu de la Politique de remboursement fédérale pour rembourser à la C.-B. les pénalités imposées à ce jour pour surfacturation, y compris toute pénalité qui pourrait découler d'une demande se rapportant aux pratiques en vigueur en 2021–2022.

En septembre 2020, la province a obtenu un dénouement favorable dans le litige historique Cambie Surgeries Corporation (Cambie). L'appel a été entendu en juin 2021 et une décision a été rendue par la Cour d'appel de la Colombie-Britannique le 15 juillet 2022. La décision a confirmé celle de la Cour suprême de la Colombie-Britannique en faveur de la province. Le 6 avril 2023, la Cour suprême du Canada a rejeté la demande d'autorisation d'appel de Cambie, mettant ainsi un terme à cette procédure en cours.

Le 8 décembre 2020, un juge de la Cour d'appel a émis une forme limitée d'injonction interdisant à la Medical Services Commission (MSC) d'exercer ses pouvoirs d'exécution en vertu des articles 21(2) et (3), 45.1 et 46(5.1) et (5.2) de la *Medicare Protection Act* (MPA) à l'égard de toute chirurgie privée où un patient a été programmé pour une date dépassant les repères de temps d'attente du ministère de la Santé (le Ministère) ou où une chirurgie n'a pas eu lieu à la date fixée selon ces repères de temps d'attente. Cette injonction était en vigueur jusqu'au 30 septembre 2021.

L'issue favorable par l'entremise de deux paliers de la cour provinciale et de la Cour suprême du Canada met en évidence les efforts et les ressources considérables que la Colombie-Britannique a mis en œuvre pour défendre notre système de santé publique.

I

Il est important de souligner qu'au cours de l'exercice 2021–2022, la province a pris toutes les mesures raisonnablement en son pouvoir pour faire appliquer les dispositions de la MPA et faire respecter les principes de la LCS dans les limites de l'injonction décrite ci-dessus.

Voici un historique des efforts de la C.-B. pour éliminer la surfacturation et la description des répercussions prolongées du litige Cambie.

Contexte

En octobre 2018, la C.-B. a mis en vigueur les autres dispositions du projet de *loi 92 Medicare Protection Amendment Act* (2003) afin de pouvoir régler le problème de surfacturation et se conformer à la LCS.

Les principaux changements apportés à la MPA par le projet de loi 92 sont les suivants :

- › Dispositions en matière d'infractions concernant la surfacturation qui s'appliquent aux praticiens ou aux cliniques, dont notamment des amendes pouvant s'élever à 10000 \$ pour une première infraction et à 20000 \$ pour une deuxième infraction ou une infraction ultérieure*.
- › Possibilité pour la Medical Services Commission (MSC) d'annuler l'inscription du praticien pour un motif valable.
- › 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 MPA*.
- › La MSC peut rembourser un bénéficiaire (ou la personne qui a payé 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.
- › Les limites générales de surfacturation imposées aux praticiens inscrits ont été précisées.
- › La portée des limites de surfacturation de la part des médecins praticiens non inscrits est élargie.
- › La province s'efforce actuellement de rendre opérationnels les pouvoirs d'imposer des amendes et de rembourser les bénéficiaires ayant droit à un remboursement de la part d'un médecin, d'une clinique privée ou d'une société pour des frais considérés comme des «prestations» dans le cadre du MPA. Les progrès réalisés à ce jour comprennent l'élaboration d'une politique de recouvrement et de remboursement en partenariat avec Health Insurance BC (HIBC), qui administre le Medical Services Plan (MSP) pour le compte de la MSC. Ces travaux devraient être pleinement opérationnels en 2024.

En conséquence, le Ministère continue de s'occuper de l'application et de la mise en œuvre des dispositions du projet de loi 92 relatives aux amendes et aux remboursements aux patients.

Rapport sur les données de l'injonction

En vertu de l'injonction de décembre 2020, les cliniques privées qui ont pratiqué des opérations chirurgicales conformément à l'injonction étaient tenues de tenir des registres adéquats pour permettre à la MSC de déterminer si ces opérations sont conformes à l'ordonnance du tribunal et de mettre ces registres à la disposition de la MSC sur demande.

Conformément à cette condition de l'injonction, le 5 février 2021, la MSC a envoyé des lettres à 50 établissements médico-chirurgicaux non hospitaliers leur demandant de fournir des données mensuelles, pour la durée de l'ordonnance provisoire, afin de s'assurer qu'ils respectent cette dernière. Le 3 juin 2021, une deuxième série de lettres a été envoyée à 13 cliniques qui n'avaient pas répondu à la première lettre.

Il a été établi que 102 cas (chirurgies) étaient non conformes à l'injonction. Les cas qui datent d'avant le 31 mars 2021 (69 cas) ont été signalés dans le rapport de l'année dernière sur la surfacturation et les frais modérateurs. Les 33 cas restants, dont le service a été fourni entre le 1^{er} avril 2021 et le 30 septembre 2021, sont signalés dans le rapport de cette année pour 2021–2022.

Du 16 au 18 août 2021, le Billing Integrity Program (BIP) a effectué une vérification sur place du Cambie Surgery Centre pour vérifier sa conformité à l'ordonnance provisoire de la Cour d'appel de la Colombie-Britannique du 8 décembre 2020. Au total, le BIP a examiné 23 chirurgies survenues en vertu de l'arrêt d'urgence entre le 8 décembre 2020 et le 16 août 2021.

Dans l'ensemble, le BIP a révélé deux interventions chirurgicales effectuées avant d'atteindre les repères de temps d'attente. Le BIP a aussi trouvé huit autres chirurgies pour lesquelles, bien qu'elles aient été effectuées après le repère de temps d'attente, l'inspecteur médical a exprimé des préoccupations au sujet des codes de diagnostic ou de priorité utilisés pour établir les repères de temps.

Avis à l'intention des médecins et des cliniques

Les rubriques du site Web du gouvernement de la C.-B. à l'intention des médecins praticiens ont été mises à jour et intégrées à la page d'accueil principale afin d'informer les médecins à propos de ce qui est communiqué aux patients concernant la facturation adéquate et inadéquate afin que les médecins puissent mieux comprendre les attentes des patients en matière de facturation adéquate.

La MSC a publié de nouveaux renseignements en octobre 2022 au sujet du statut d'inscription des médecins, à l'adresse www.gov.bc.ca/MSP_physician_enrollment_status (en anglais seulement). Cette information clarifie, pour les médecins et leurs patients, les répercussions de la désinscription au MSP.

Sensibilisation du public

Le Ministère a fourni aux patients une description des prestations et un lien vers la description de la surfacturation à la page Web suivante : www.gov.bc.ca/MSP/BC_residents_benefits (en anglais seulement).

Le Ministère propose également une description de la surfacturation ainsi que le formulaire de demande d'enquête pour les patients qui estiment avoir été surfacturés à : www.gov.bc.ca/MSP/BC_residents_benefits/additional_charges (en anglais seulement).

Les liens vers la description de la surfacturation et le formulaire sont également disponibles avec la description des services couverts par le Medical Services Plan (MSP) à : www.gov.bc.ca/MSP/BC_residents_benefits/services_covered (en anglais seulement), et des services non couverts par le MSP à : www.gov.bc.ca/MSP/BC_residents_benefits/services_not_covered (en anglais seulement).

Les Britanno-Colombiens sont en droit de s'attendre à ce que les médecins ne leur imposent pas de frais supplémentaires pour les services assurés. Le Ministère estime que sa stratégie de communication s'est avérée efficace pour ce qui est de réduire la fréquence de ces situations et demeure déterminé à déployer les efforts requis pour les éliminer. Le Ministère assurera un suivi des demandes de renseignements des patients et envisagera d'utiliser d'autres formats pour mettre les renseignements à la disposition du public, au besoin.

Politique des services diagnostiques du gouvernement fédéral

Le 1^{er} avril 2020, la Politique des services de diagnostic (PSD) du gouvernement fédéral est entrée en vigueur. Elle clarifie la position du gouvernement fédéral selon laquelle les services de diagnostic nécessaires sur le plan médical, peu importe le lieu où ils sont fournis, sont considérés comme des services assurés en vertu de la LCS, et doivent être couverts par les régimes d'assurance-maladie provinciaux et territoriaux. La nécessité médicale de l'imagerie diagnostique est déterminée lorsqu'un patient reçoit une référence ou une demande d'un médecin pour un examen ou une intervention. Les services de diagnostic nécessaires sur le plan médical englobent une gamme de modalités d'imagerie, y compris les IRM, les TDM, les ultrasons et les échocardiogrammes. Par conséquent, tous les frais imposés aux patients pour ces services doivent être inclus dans la surfacturation annuelle et les frais modérateurs déclarés à Santé Canada.

Comme il a été mentionné précédemment dans le Plan d'action, la Colombie-Britannique attend une décision sur l'entrée en vigueur de l'article 18.1 de la MPA. L'article 18.1, une fois en vigueur, élargira l'interdiction actuelle, qui vise les établissements de diagnostic approuvés qui facturent des services de diagnostic nécessaires sur le plan médical qui sont des avantages conformément à la MPA ou à la *Hospital Insurance Act*, afin d'inclure ceux qui ne sont pas approuvés par la MPA. Les frais imposés à un bénéficiaire relativement à des services de diagnostic nécessaires sur le plan médical fournis dans n'importe quel établissement de diagnostic en Colombie-Britannique seraient interdits dans presque tous les cas.

Conformité et surveillance – MSC

Le Ministère travaille en étroite collaboration avec la MSC pour s'assurer que les processus opérationnels sont conçus pour protéger les patients contre la surfacturation. Le Ministère traite les plaintes des patients et enquête sur les allégations de surfacturation pour déterminer s'il y a eu surfacturation. Dans la mesure du possible, tout au long de l'enquête, le Ministère cherche à résoudre la plainte par une approche destinée au médecin fondée sur la communication et l'information.

Comme indiqué précédemment, pendant une partie de l'exercice 2020–2021, le Ministère a fait l'objet d'une injonction relative à l'application de la loi concernant la surfacturation.

En 2021–2022, il n'y a eu aucune plainte de patient pour laquelle il a été déterminé qu'il s'agissait vraisemblablement de surfacturation. Bien qu'aucune plainte de patient n'ait été reçue en 2021–2022, le MSC et le Ministère ont continué à appliquer la MPA.

En février 2022, le Ministère a demandé à la MSC d'examiner et de prendre en compte les modèles d'activité et de service des entreprises. Cette demande visait à confirmer que ces entités n'offraient pas un accès prioritaire aux services assurés par le MSP, indépendamment de l'acuité, parce qu'un patient payait également des frais à l'organisation. Cette pratique n'est pas conforme à la LCS ou à la MPA.

La MSC a connaissance de plus de deux douzaines d'entités qui offrent des services groupés, et elle continue de contacter de nouvelles entités portées à son attention par le biais d'une recommandation ou d'une enquête. Il s'agit notamment de sociétés, de cliniques de soins de santé en dur et de praticiens indépendants. Ces communications ont abouti à divers résultats – des mesures immédiates pour se mettre en conformité avec la MPA, à la poursuite des litiges (et des communications) concernant l'intention des honoraires.

Le 1^{er} décembre 2022, la MSC a déposé une injonction contre TELUS Santé, alléguant que le programme LifePlus de TELUS contrevenait à la MPA. En avril 2023, TELUS Santé a démontré à la satisfaction de la Commission qu'elle apporterait les changements nécessaires au programme LifePlus pour se conformer à la MPA.

Le 1^{er} février 2023, la Commission a déposé une demande d'injonction contre Harrison Healthcare, alléguant des contraventions à la MPA. Les discussions entre Harrison Healthcare et la MSC se poursuivent.

Contrats avec les autorités de la santé (AS)

La C.-B. est parvenue à réduire la surfacturation grâce à des contrats gouvernementaux avec des cliniques privées. La C.-B. s'est engagée à réduire la surfacturation et les frais modérateurs dans la province afin d'améliorer les soins de santé financés par l'État.

En 2020–2021, il y avait huit établissements avec lesquels les AS ont passé un contrat pour effectuer des chirurgies. Tous les centres chirurgicaux privés qui détiennent des contrats avec les AS doivent être accrédités par le College of Physicians and Surgeons of BC's Non-Hospital Medical and Surgical Facilities Accreditation Program et doivent être approuvés par la MSC pour facturer le MSP pour les chirurgies financées par l'État.

Le 13 septembre 2018, le Ministère a transmis une lettre avisant l'ensemble des AS des attentes relatives (« lettre d'attente ») à la passation de contrats entre ces autorités et les cliniques privées pour la prestation de services médicaux. Cette lettre d'attente comprenait une exigence pour toutes les AS de modifier les contrats actuels de services chirurgicaux qu'elles ont conclus avec les cliniques privées afin d'y inclure des dispositions de résiliation de contrat en cas de surfacturation. En vertu des contrats modifiés, les médecins et les cliniques ont dû signer des énoncés de conformité. L'énoncé de conformité destiné aux médecins exige que ces derniers reconnaissent les dispositions de résiliation du contrat conclu entre l'autorité de la santé et leur clinique concernant la surfacturation. Ces dispositions s'appliquent aux services contractuels assurés par les médecins (services assurés) ainsi qu'aux services non contractuels fournis par les médecins dans des cliniques (ces derniers étant des services assurés fournis à la clinique).

Les médecins ne peuvent fournir des services chirurgicaux contractuels qu'une fois l'énoncé de conformité signée. La lettre relative aux attentes et les énoncés de conformité ont été révisés à la suite de l'injonction de la Cour suprême de la C.-B. du 23 novembre 2018 interdisant l'application des dispositions relatives à la surfacturation (articles 17, 18 et 45 de la MPA).

À l'heure actuelle, les AS régionales assurent un suivi des contrats relatifs aux interventions chirurgicales à des fins de conformité pour l'ensemble des dispositions. Depuis la mise en œuvre entreprise en septembre 2018, les AS n'ont résilié aucun contrat conclu avec des cliniques chirurgicales privées pour des motifs liés à la performance ou à la conformité. Le Ministère est convaincu que les accords sont respectés par les médecins et les AS.

D'un point de vue général, le Ministère considère la dynamique de production actuelle entre les AS et les cliniques (qui offraient auparavant des services privés) comme la preuve de la valeur des ententes contractuelles qui visent à réintégrer les services chirurgicaux privés dans le système public. Cette approche permet à la fois d'éliminer les pratiques de surfacturation et d'améliorer la capacité du système de santé publique à offrir les soins dont les patients ont besoin. Voir la section suivante « Stratégie de la C.-B. en matière de chirurgie et d'imagerie diagnostique » pour les données sur le nombre d'interventions chirurgicales effectuées dans le cadre des contrats des AS avec les cliniques privées.

La C.-B. confirme que le False Creek Healthcare Centre a conclu des contrats avec deux AS, la Vancouver Coastal Health Authority (VCHA), pour la période du 1^{er} mai 2020 au 31 mars 2023, et la Fraser Health Authority (FHA), pour la période du 3 mars 2020 au 31 mars 2023. Pour l'exercice 2021–2022, le contrat est évalué à 6,18 millions de dollars, dont 2,84 millions proviennent de la FHA et 3,34 millions de la VCHA. Ces contrats devraient éliminer la surfacturation au False Creek Healthcare Centre, qui a été une source importante de surfacturation au cours des années précédentes.

Stratégie de la C.-B. en matière de chirurgie et d'imagerie diagnostique

Le 7 mai 2020, son engagement en faveur du Renouveau chirurgical, un plan d'action de 250 millions de dollars lancé en réponse à la pandémie de COVID-19. En plus de l'investissement initial, le 9 septembre 2020, la province a annoncé un financement de fonctionnement pouvant atteindre 1,6 milliard de dollars et un financement en capital de 150 millions de dollars en 2020–2021 pour répondre aux besoins en matière de soins de santé liés à la réponse à la pandémie de COVID-19. De ce montant, environ 187,5 millions de dollars ont été alloués pour soutenir l'amélioration de la capacité chirurgicale, y compris le personnel infirmier supplémentaire et les coûts des salles d'opération. En dehors des investissements liés au Renouveau chirurgical, le budget 2021 a prévu 495 millions de dollars supplémentaires sur trois ans pour continuer à soutenir les activités de la stratégie en matière de chirurgie et d'imagerie diagnostique.

Au cours de l'année 2 du Renouveau chirurgical, c'est-à-dire l'exercice 2021–2022, 337 560 interventions chirurgicales programmées et non programmées ont été réalisées en C.-B., soit une augmentation de 6,7 pour cent par rapport à 2020–2021 (c.-à-d. l'année 1 du Renouveau chirurgical) et une augmentation de 2,2 pour cent par rapport à 2019–2020 (c.-à-d. l'année pré-pandémique)¹. Le ministère continue de travailler avec les AS pour quantifier l'augmentation de leur capacité publique afin de pouvoir mieux la surveiller à l'avenir.

La clé de la réalisation du mandat ci-dessus est de maximiser entièrement les capacités chirurgicales dont nous disposons. En C.-B., comme dans d'autres provinces, cette mesure vise les centres chirurgicaux privés. La passation de contrats avec ces centres améliore l'accès au financement public pour les patients dont les interventions chirurgicales d'un jour peuvent être effectuées de manière sûre et efficace dans la communauté, ce qui allège le fardeau des hôpitaux et leur permet d'assurer les chirurgies et les interventions plus complexes. En vertu des accords contractuels conclus avec ces cliniques, 16 777 interventions chirurgicales ont été réalisées sous contrat en 2021–2022 contre 13 862 interventions en 2020–2021 et 12 336 interventions en 2019–2020. En négociant des contrats avec des cliniques privées afin qu'elles puissent offrir des services aux bénéficiaires plutôt que des services surfacturés, la C.-B. prend des mesures en vue de prévenir la surfacturation.

En guise d'estimation des répercussions, on notera que le Ministère a augmenté les contrats des AS, ou prolongé les contrats supplémentaires, aux cliniques chirurgicales privées dont on a constaté précédemment qu'elles pratiquaient la surfacturation. Ces contrats supplémentaires devraient permettre d'éliminer un équivalent approximatif de la facturation privée. Grâce à ces contrats, les AS sont passées de contrats à court terme à des contrats de service pluriannuels (tout en maintenant des clauses de résiliation en cas de surfacturation). La stabilité de ces accords contractuels permettra de maintenir l'ancienne capacité des cliniques privées au sein du système public de manière durable.

¹ L'année 2 du Renouveau chirurgical permet de réaliser le plus grand nombre d'interventions chirurgicales en un an en C.-B. | BC Gov News (en anglais seulement)

En plus de ces mesures, la C.-B. s'emploie à accroître la capacité du système public au sein des AS. Cela comprend notamment l'ouverture de nouvelles salles d'opération et l'extension des heures d'activité d'autres salles dans nos hôpitaux. En 2021–2022, les salles d'opération ont fonctionné 17 341 heures de plus qu'en 2020–2021 et 13 637 heures de plus qu'en 2019–2020². En outre, en avril 2022, la province a annoncé l'acquisition du View Royal Surgical Centre et du Seafield Surgical Centre. Ces acquisitions se sont traduites par 2 300 interventions chirurgicales et 2 300 endoscopies supplémentaires par an au sein de la Island Health Authority. Par cette stratégie, la C.-B. démontre son engagement constant à lutter contre la surfacturation des patients conformément à la LCS.

Nombre d'examens d'IRM

En ce qui concerne l'imagerie médicale, en 2021–2022, la C.-B. a réalisé 296 408 examens d'IRM, contre 175 707 en 2016–2017 et 189 520 en 2017–2018. Il s'agit d'une augmentation de 69 % depuis 2016–2017.

En 2020–2021, en moyenne, les heures d'exploitation de l'IRM étaient de 4 631 par semaine, soit une augmentation de plus de 1 500 heures d'exploitation par semaine depuis août 2017. En 2017–2018, 11 appareils d'IRM étaient normalement en fonction plus de 112 heures par semaine dont un seul était en fonction 24 heures par jour, sept jours par semaine. À la fin de 2020–2021, 21 appareils d'IRM étaient normalement en fonction plus de 112 heures par semaine dont quatre appareils d'IRM dans des zones urbaines en expansion fonctionnant 24 heures par jour, sept jours par semaine.

Cette réussite est le fruit des mesures suivantes :

- › L'ajout de 17 nouvelles unités d'IRM nettes sur les sites des AS régionales depuis 2017 :
 - › Fraser +5;
 - › Interior +3;
 - › Nord +2;
 - › Provincial Health Services +1;
 - › Vancouver Coastal +2;
 - › Île de Vancouver +4.
- › prolongation des heures d'utilisation des machines par l'ajout de quarts de travail le soir, le week-end ou les jours fériés;
- › simplification du processus d'aiguillage vers les services d'IRM en s'appuyant sur les modèles de d'admission centralisés afin d'éliminer l'aiguillage en double;
- › rappels de rendez-vous pour réduire le nombre de rendez-vous manqués;
- › amélioration de la pertinence des examens.

² L'année 2 du Renouveau chirurgical permet de réaliser le plus grand nombre d'interventions chirurgicales en un an en C.-B. | [BC Gov News](#) (en anglais seulement)

La C.-B. s'attend à réaliser de nouveaux gains dans l'amélioration de l'accès à ces services grâce au nouvel inventaire d'IRM mis en ligne. Depuis 2017, 17 nouveaux appareils sont devenus opérationnels en C.-B., y compris :

- › un deuxième nouvel appareil d'IRM au Jim Pattison Outpatient et au Surgery Centre de Surrey;
- › un deuxième nouvel appareil d'IRM au Royal Jubilee Hospital de Victoria;
- › un deuxième nouvel appareil d'IRM au Nanaimo Regional Hospital de Nanaimo;
- › un deuxième nouvel appareil d'IRM au BC Children's Hospital de Vancouver;
- › un appareil fixe d'IRM au East Kootenay Regional Hospital de Cranbrook (service précédemment assuré au moyen d'un appareil mobile sur place à temps partiel);
- › un nouvel appareil d'IRM au Vernon Jubilee Hospital de Vernon;
- › un nouvel appareil d'IRM au North Island Hospital, Campbell River & District de Campbell River;
- › un nouvel appareil d'IRM au North Island Hospital, Comox Valley de Comox Valley;
- › un nouvel appareil d'IRM au Mills Memorial Hospital de Terrace;
- › un nouvel appareil d'IRM au Fort St. John Hospital de Fort St. John;
- › un appareil fixe d'IRM au Penticton Regional Hospital (service précédemment assuré au moyen d'un appareil mobile sur place à temps partiel);
- › l'acquisition de deux cliniques externes d'IRM au sein de Fraser Health : Surrey MRI Outpatient Clinic et Abbotsford MRI Outpatient Clinic;
- › Acquisition d'une clinique externe d'IRM à Vancouver Coastal Health : Granville MRI Clinic;
- › un nouvel appareil d'IRM au Ridge Meadows Hospital de Maple Ridge;
- › un nouvel appareil d'IRM au Langley Memorial Hospital de Langley.
- › un troisième nouvel appareil d'IRM à l'hôpital St. Paul de Vancouver, qui est consacrée à 40 % du temps à la recherche et à 60 % du temps aux examens cliniques.

Ces trois cliniques d'IRM de consultations externes étaient auparavant privées. En 2021–2022, la clinique externe d'IRM d'Abbotsford a fonctionné jusqu'à 111 heures par semaine, la clinique externe d'IRM de Surrey jusqu'à 86 heures par semaine et la clinique externe d'IRM de Granville jusqu'à 112 heures par semaine. Ces volumes d'examen complétés et ces heures supplémentaires représentent une réduction directe du montant de la facturation privée pour les services diagnostiques en C.-B. Comme pour les services chirurgicaux, l'approche de la C.-B. en matière de services diagnostiques consiste à réorienter des services auparavant privés pour renforcer le système de santé publique.

Dans les sites urbains en pleine expansion de Vancouver, Victoria et Surrey, certains des nouveaux appareils d'IRM nouvellement ajoutées sont à la pointe de la technologie. Il s'agit d'appareils d'IRM 3 Tesla (3T) qui permettent d'effectuer des balayages plus rapidement sans réduction de la qualité de l'image et qui réduisent les délais de traitement des patients. Il s'agit des premiers appareils 3T mis en service dans la province.

Ressources humaines en santé (RHS)

Stratégie de la C.-B. en matière de ressources humaines en santé (RHS)

- › En 2020, la [lettre de mandat du ministre](#) (en anglais seulement) de la Santé de la C.-B. (en anglais seulement) énonçait que le ministre de la Santé devait progresser à l'égard de la mise en œuvre d'une stratégie globale en matière de ressources humaines dans le secteur des soins de santé. Le 29 septembre 2022, le ministre a rendu publique la [Stratégie de la C.-B. en matière de ressources humaines dans le secteur de la santé](#) (la Stratégie – en anglais seulement), et le budget 2023 a alloué 993 millions de dollars sur trois ans aux mesures prévues par la Stratégie, à compter de l'exercice 2023.
- › La Stratégie décrit quatre pierres angulaires destinées à soutenir une main-d'œuvre productive et en santé et un meilleur système de soins de santé pour tous les habitants de la C.-B. au cours des cinq prochaines années. Les quatre pierres angulaires et les objectifs correspondants sont les suivants :
 - › **Maintenir en poste** : Favoriser des milieux de travail sains, sécuritaires et inspirés en favorisant la santé mentale et le bien-être, le développement du leadership et en encourageant les travailleurs à travailler dans les secteurs où les besoins sont considérables.
 - › **Remanier** : Moderniser le système de santé en élargissant et en améliorant les soins dispensés par une équipe et en optimisant les professions, en remaniant les flux de travail et en adoptant les dernières innovations et technologies.
 - › **Recruter** : Attirer et intégrer des travailleurs en réduisant les obstacles pour les professionnels de la santé étrangers, en appuyant leur intégration complète et en faisant la promotion des carrières en soins de santé auprès des jeunes.
 - › **Former** : Créer des cheminements de carrière accessibles en augmentant le nombre de places dans les programmes de formation pour les nouveaux employés et les employés actuels.
- › La Stratégie comporte 70 mesures qui soutiennent directement les objectifs des pierres angulaires. Ces mesures visent à fournir des travailleurs supplémentaires au système de soins de santé, accroître la mobilisation de la main-d'œuvre, éliminer les obstacles à la productivité, accroître la diversité et l'inclusion et créer de nouvelles opportunités économiques à l'échelle de la province.
- › Les considérations en matière d'équité et l'harmonisation avec les recommandations du rapport *In Plain sight* sont intégrées dans la Stratégie qui reconnaît l'impératif de faire progresser la réconciliation de même que la lutte contre le racisme à l'encontre des autochtones tout comme de la nécessité de garder un esprit critique lors de la mise en œuvre et de la prestation continue de chacune des 70 mesures préconisées.

- › La [Stratégie de la C.-B. en matière de ressources humaines en santé – Mise à jour après un an](#) (en anglais seulement) a été publiée le 5 décembre 2023. Les points forts de la première année sont les suivants :
 - › La création du Provincial Health Human Resources Coordination Centre (PHHRCC) dont les membres proviennent du ministère de la Santé, des autorités régionales de la santé, de l'autorité provinciale en matière de services de santé, de l'association des employeurs en santé de la C.-B. et de l'autorité sanitaire des Premières Nations. Le PHHRCC régira et supervisera la mise en œuvre générale de la Stratégie.
 - › Une consultation et des un engagement continus avec les partenaires, les détenteurs de droits, les parties prenantes et les travailleurs de la santé eu égard à la Stratégie et aux mesures spécifiques qui les concernent.

Des progrès significatifs dans la mise en œuvre des quatre pierres angulaires de la Stratégie, 39 des 70 mesures étant achevées ou en cours de réalisation.

Amélioration continue des soins aux personnes âgées, des soins de longue durée et de l'aide à la vie autonome

- › La pandémie de COVID-19 a eu des répercussions sur les personnes âgées et les soins aux personnes âgées en C.-B. En réponse, cette dernière a mis en œuvre des programmes et des politiques ciblés pour soutenir les établissements de soins de longue durée et d'aide à la vie autonome et leurs travailleurs, y compris la mise en œuvre de la dotation en personnel sur un site unique et le nivellement des salaires. En outre, de nombreux services sous-traités sont rapatriés dans le système géré par les autorités de la santé, ce qui assure l'uniformité de la prestation des soins, tant pour les résidents que pour les travailleurs.
 - › La C.-B. a investi 165,4 millions de dollars pour couvrir les coûts du personnel de santé et des fournisseurs de services liés au passage au modèle de site unique.
 - › Près de 300 millions de dollars ont été investis pour soutenir le nivellement des salaires dans le secteur des soins aux personnes âgées, pour soutenir nos travailleurs des soins de longue durée.
- › La C.-B. investit également 585 millions de dollars dans le programme d'accès aux carrières de la santé, qui permettra de recruter, de former et d'employer jusqu'à 3000 travailleurs de la santé au cours des trois prochaines années. Cela permettra d'introduire davantage de travailleurs de soutien en soins de santé dans les foyers de soins de longue durée et les résidences avec services de la province.
- › Le gouvernement a également fourni 130 millions de dollars aux exploitants d'établissements de soins de longue durée et d'aide à la vie autonome pour compenser les pressions financières associées à l'augmentation des heures supplémentaires et à d'autres problèmes liés à la COVID-19 (70 millions de dollars en 2020–2021 et 60 millions de dollars en 2021–2022).

- › En septembre 2020, le gouvernement a annoncé que 7 000 personnes seraient embauchées pour soutenir le secteur des aînés. En date du 10 novembre 2022, 4455 personnes ont été embauchées pour appuyer ce travail dans les secteurs des soins de longue durée et de l'aide à la vie autonome.

Registre des prestataires de soins de santé en situation d'urgence

- › Tout au long de la pandémie, le Ministère a géré le Registre des prestataires de soins de santé en situation d'urgence, qui permet l'inscription et le déploiement volontaires de prestataires de soins de santé pendant une situation d'urgence afin de soutenir la prestation de services de santé essentiels.
- › Le Registre a permis de soutenir un effort coordonné à l'échelle provinciale pour recruter des professionnels de la santé à la retraite ainsi que des agents de vaccination non traditionnels, autorisés par des ordonnances des agents de santé provinciaux, afin de soutenir la prestation des vaccins contre la COVID-19.

Soutien à notre personnel infirmier et paramédical

- › La C.-B. a embauché plus de 6000 traceurs de contact supplémentaires pour soutenir les efforts de réponse au COVID-19. Les autorités de la santé ont adopté une approche de soins en équipe pour embaucher ces ressources, afin d'assurer une efficacité maximale dans le système. Ce modèle fondé sur le travail d'équipe a permis d'optimiser le personnel infirmier et de réduire les perturbations potentielles pour le personnel infirmier existant.
- › La C.-B. investit 96 millions de dollars sur trois ans dans le cadre du budget de 2021 pour accroître le nombre de places dans les programmes de formation en santé dans la province, ce qui fait passer le nombre total de places de 8000 à 11 400 places financées par le secteur public, et ce, dans le but de soutenir la formation des ressources humaines du secteur de la santé. Cela comprend 602 nouvelles places dans les établissements postsecondaires pour répondre à la demande croissante de services infirmiers dans le secteur des soins de santé et 278 places dans le secteur des soins paramédicaux dans l'ensemble de la C.-B.
- › La C.-B. compte actuellement environ 2000 places dans les programmes de soins infirmiers des établissements postsecondaires publics.
- › En plus de l'expansion en cours, le budget 2022 investit 7,9 millions de dollars supplémentaires, soit une augmentation de 611 places dans les programmes de soins infirmiers spécialisés, comme annoncé pour la première fois en janvier 2020. Ces places s'ajoutent aux 389 places déjà disponibles, pour un total de 1000 places.
- › La C.-B. a également alloué 320 000 \$ pour ajouter 20 places au programme de thérapie respiratoire et 344 600 \$ pour l'ajout de 20 places dans les programmes d'aide-anesthésiste.

- › Le Ministère, en collaboration avec le ministère de l'Enseignement supérieur et de la Formation professionnelle et d'autres partenaires du secteur des soins infirmiers, travaille également à un projet de modèle de formation et de transition pour le baccalauréat en sciences infirmières, qui offrira un soutien accru aux nouvelles infirmières diplômées.
- › Du 1^{er} janvier au 28 novembre 2023, le British Columbia College of Nurses and Midwives (BCCNM) a inscrit 6 258 nouvelles infirmières, dont 578 formées à l'étranger.
- › En 2023, les autorités de la santé de la C.-B. et Providence Health Care ont embauché 1 665 infirmières étudiantes salariées.

Soutien au personnel de santé dans les communautés du nord de la C.-B.

- › La C.-B. a fourni 6,38 millions de dollars pour des programmes et des incitatifs durant l'exercice financier 2021–2022 dans le but d'encourager un plus grand nombre de travailleurs de la santé à découvrir les avantages de travailler et de vivre dans le nord de la province. Ce financement comprenait :
 - › Trois millions de dollars pour un programme complet de rétention des travailleurs de la santé en milieu rural pour des communautés et des professions ciblées, qui offrira des incitatifs financiers et un soutien aux travailleurs de la santé prioritaires.
 - › 225 000 \$ pour l'élaboration d'un programme de garde d'enfants afin d'augmenter le nombre net de nouvelles places en garderie et de prolonger les heures d'ouverture afin de répondre aux besoins des travailleurs de la santé qui travaillent souvent par quarts de 12 heures. Les régions concernées sont Kitimat, Hazelton, Prince Rupert, Chetwynd, Dawson Creek et Fort St. John.
 - › 750 000 \$ pour mettre en place un programme de logement dans les communautés où un logement convenable sur le marché est un obstacle à la dotation permanente et aux déploiements à court terme. Les régions comprennent Robson Valley, Kitimat, Hazelton, Prince Rupert, Chetwynd, Dawson Creek et Fort St. John.
 - › 645 000 \$ pour la création d'un soutien à la gestion clinique à Prince Rupert et dans le Nord-Est. Cela permettra de renforcer la capacité à soutenir les nouveaux diplômés, de fournir davantage de ressources pour le développement des compétences en gestion et d'améliorer les systèmes de soutien à la gestion.
 - › 821 000 \$ pour poursuivre le Travel Resource Program (désormais étendu à l'ensemble de la C.-B. sous le nom de GoHealth B.C.), qui soutient plus de 40 infirmières autorisées et infirmières auxiliaires autorisées. En 2023, 158 infirmières de GoHealth B.C. ont fourni plus de 99 000 heures de services infirmiers dans 24 communautés rurales.



Soutien aux professionnels de la santé diplômés à l'étranger

- › La C.-B. aide les infirmières et infirmiers diplômés à l'étranger (IIDE) et d'autres professionnels de la santé à travailler dans la province en offrant des bourses d'études, du soutien au recrutement et à l'orientation, et en rationalisant les processus de réglementation pour les IIDE. La C.-B. élargit et améliore également le Programme des candidats de la province afin de mieux répondre aux besoins du système de santé.
- › En avril 2022, le Ministère a annoncé un investissement de 12 millions de dollars pour soutenir les IIDE en C.-B. par le biais des mesures susmentionnées. Au cours de la première année, le BCCNM a fourni à 1 273 IIDE des décisions d'inscription :
 - › 578 ont reçu une inscription complète à titre d'infirmière ou infirmier autorisé ou d'infirmière ou infirmier auxiliaire (comparativement à 288 en 2022).
 - › 581 ont été orientés vers un enseignement complémentaire pour lequel ils peuvent obtenir des bourses et des subventions.
 - › 114 se sont inscrits en tant qu'assistants de soins de santé.
- › Le 19 juillet 2022, le Ministère a annoncé un investissement de 4,5 millions de dollars pour les bourses d'études destinées aux professionnels de la santé formés à l'étranger qui souhaitent travailler en C.-B. Au cours de la première année, des bourses ont été créées pour les physiothérapeutes formés à l'étranger, et 55 ont signé des accords de retour de service avec notre secteur public.
- › Le Ministère travaille en étroite collaboration avec le ministère des Affaires municipales pour mettre à jour et élargir le Programme des candidats des provinces (PCP), afin qu'il réponde mieux aux besoins des employeurs du secteur de la santé et des travailleurs de la santé étrangers qui cherchent à travailler en C.-B.
 - › Les changements annoncés au PCP en mars 2022 accordent la priorité aux travailleurs de la santé dans le processus de demande et augmenteront le nombre de personnes nommées dans ces professions dans le processus d'obtention de la résidence permanente. Ces changements offrent également immédiatement une voie d'accès à la résidence permanente aux personnes qui vivent déjà en C.-B. et qui travaillent dans ces secteurs.

Incitatifs pour les nouveaux professionnels

- › En juin 2022, le Ministère a offert de nouvelles mesures incitatives aux nouveaux diplômés en médecine familiale dans le cadre d'un nouveau programme de contrats avec des médecins de famille.
- › Les nouveaux médecins de famille qui signent le contrat gagneront 295 457 \$ la première année, plus une prime à la signature de 25 000 \$, une annulation de leur dette pour formation médicale pouvant aller jusqu'à 50 000 \$ pour la première année et jusqu'à 20 000 \$ pour les années deux à cinq.

- › De plus, le médecin recevra un paiement de 75000 \$ qui servira à payer les frais généraux de sa clinique.
- › Au cours de la première année, des mesures incitatives ont été offertes à 78 médecins de famille débutant dans la pratique familiale longitudinale, notamment une prime unique à la signature et un allègement de la dette liée à la formation médicale.

Prévention de la violence au travail et sécurité culturelle

- › La C.-B. met en œuvre les recommandations contenues dans le rapport *In Plain Sight* sur le racisme et la discrimination à l'encontre des Autochtones dans le système de santé en fournissant un nouveau financement de 45 millions de dollars sur trois ans pour la formation à la sécurité culturelle des Premières Nations et pour des liaisons autochtones au sein de chaque autorité de la santé régionale.
 - › Ces investissements permettront de lutter contre le racisme systémique dans le système de santé par la formation et l'éducation et en donnant la priorité à l'embauche d'un personnel de santé qui représente mieux les diverses communautés qu'il dessert.
- › En 2017, le Ministère a publié un cadre provincial de politique de prévention de la violence et une directive de politique pour améliorer les systèmes de signalement des blessures, offrir une formation plus efficace en matière de prévention de la violence et assurer une plus grande responsabilisation en matière de politiques et de pratiques chez tous les employeurs publics et privés du secteur de la santé. Le Ministère continue de travailler en collaboration avec les autorités sanitaires, la Health Employers Association of BC et les parties prenantes pour veiller à ce que les principales mesures établies par ces instruments soient mises en œuvre et évaluées.
- › En 2019, le Ministère s'est engagé à verser 8,5 millions de dollars sur trois ans pour financer SWITCH BC (Safety, Wellbeing, Innovation, Training and Collaboration in Healthcare), un nouvel organisme sans but lucratif axé sur la sécurité en milieu de travail. SWITCH est régi conjointement par toutes les organismes de négociation du secteur de la santé, les employeurs du secteur de la santé et le Ministère, et a pour mandat de déterminer et de promouvoir des pratiques exemplaires pour des milieux de travail sains et sécuritaires dans le secteur des soins de santé.
- › SWITCH BC dirige l'amélioration et le renforcement du Provincial Violence Prevention Curriculum (PVPC), qui intégrera les principes de pratique tenant compte des traumatismes qui sont intégrés dans le nouveau modèle de sécurité relationnelle proposé et qui intégrera davantage les pratiques de sécurité culturelle. Grâce à la modernisation du programme et des modèles de prestation, tous les travailleurs de la santé et le personnel médical recevront une éducation et une formation normalisées sur l'atténuation et la désescalade de la violence.
- › En date du 15 septembre 2022, 78 % du personnel des autorités sanitaires qui travaillent dans des programmes à haut risque (y compris la santé mentale et la toxicomanie, les urgences et les soins résidentiels) ont suivi la formation du PVPC.

- › En octobre 2022, le Ministère a annoncé l'introduction d'un nouveau modèle de sécurité relationnelle, à mettre en œuvre dans 26 établissements de soins de santé de la province. Au cours de la première année, les autorités de la santé ont mis en œuvre un modèle de services de protection interne et ont embauché 320 agents de protection pour assurer la sécurité 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, dans les sites à haut risque, en plus de l'embauche de 14 conseillers en prévention de la violence pour favoriser la création d'un environnement plus sûr pour les employés des soins de santé et les patients. Cette initiative prévoit également un financement supplémentaire de 2 millions de dollars pour SWITCH BC.

Services de laboratoire

Les services de laboratoire médicalement nécessaires sont financés par les fonds publics en vertu de la *Laboratory Services Act* (LSA). Le ministre est responsable de toutes les questions liées aux services de laboratoire, y compris le processus d'approbation des installations, la gouvernance, la responsabilisation et la prestation de tous les services de laboratoire de la province. L'Agency for Pathology and Laboratory Medicine (agence de pathologie et de la médecine laboratoire) est maintenant un programme qui relève de la Provincial Health Services Authority (PHSA) (autorité provinciale des services de santé). Son mandat consiste à assurer la surveillance du système de laboratoire et à veiller à ce que les services cliniques de laboratoire soient durables, axés sur la qualité et novateurs, et à ce qu'ils appuient les résidents et les cliniciens de la C.-B. dans l'accès aux services de laboratoire. Depuis le 1^{er} avril 2019, la PHSA a accepté d'assumer la responsabilité des fonctions opérationnelles assignées par le Ministère en soutien à la LSA.

Prestataire de services du ministère de la Santé – Health Insurance BC

En août 2022, Pacific Blue Cross Solutions, faisant affaire sous le nom de PBC Solutions (PBCS), a obtenu le contrat pour fournir les services HIBC au nom du Ministère. Le Ministère a travaillé en étroite collaboration avec PBCS et le prestataire de services en place, Maximus BC, afin d'assurer une transition en douceur des services HIBC, des ressources et de la technologie.

Conformément à l'entente, PBC Solutions administrera le Medical Service Plan, PharmaCare et les programmes de laboratoire (y compris la réponse aux demandes de renseignements du public, l'inscription des clients et le traitement des demandes de règlement pour frais médicaux et pharmaceutiques des professionnels de la santé). Les fonctions d'élaboration des politiques et de prise de décisions relèveront encore du Ministère.

Vérifications de cliniques privées

En 2017, Santé Canada et le Ministère ont convenu d'une méthodologie pour déterminer l'étendue et la nature de la surfacturation des patients en C.-B., décrite dans un mandat et une lettre d'accord. Depuis la mise en place de cet accord, le Ministère a réalisé douze vérifications de cliniques de chirurgie privées, dont Cambie Surgeries Corporation. Les résultats de ces vérifications ont été transmis à Santé Canada, conformément à l'accord signé.

Depuis avril 2022, pour la période de déclaration de 2020–2021 de Santé Canada, le Ministère est tenu de déclarer les surfacturations attribuées aux établissements de diagnostic privés. Un cadre de vérification des diagnostics est en cours d'élaboration et le Ministère commencera à vérifier ces établissements une fois que l'article 18.1 de la MPA aura été promulgué. Il existe actuellement 12 établissements privés de diagnostic en C.-B. L'un d'entre eux, le False Creek Surgical Centre, a déjà fait l'objet d'une vérification par le Ministère. Ce dernier prévoit de réaliser trois vérifications d'établissements de diagnostic privés par an, jusqu'à ce que les vérifications des 11 établissements restants soient terminées.

L'objectif des vérifications comporte deux volets :

1. surveiller et évaluer la conformité à la MPA;
2. aider à effectuer une estimation exacte de l'étendue de la surfacturation dans la province.

Le Ministère présentera les rapports finaux de vérification sur les cliniques et les prestataires individuels à Santé Canada, sous réserve des expurgations nécessaires pour se conformer à la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée*. Le Ministère s'efforce de répondre aux préoccupations et aux questions juridiques liés à la mise en ligne de versions résumées des rapports de vérification. À cette fin, le Ministère mobilisera des ressources de communication supplémentaires et entamera le recrutement à court terme. La priorité sera de veiller à ce que le travail est terminé et que les rapports sont mis en ligne en temps opportun.

Sous réserve de précisions supplémentaires de la Cour, le Ministère s'engage à faire preuve d'une transparence totale et continuera à collaborer avec Santé Canada à l'examen des constatations de vérifications au fur et à mesure que le travail est réalisé.

Les conférences téléphoniques mensuelles pour discuter de la surfacturation et d'autres questions pertinentes, y compris les résultats des vérifications, ont été rétablies.

Exigences de déclaration de renseignements

La C.-B. présente à Santé Canada, un état financier complet et exact de la surfacturation et des frais modérateurs imposés en 2021–2022, conformément aux exigences de déclaration de renseignements énoncées dans la LCS et son règlement connexe.

La C.-B. rapporte un total de 18 118 720,87 dollars en surfacturation et en frais modérateurs pour l'année 2021–2022, conformément à la méthode de déclaration convenue.

Conclusion

En résumé, la C.-B. poursuit ses efforts en vue de prendre toutes les mesures en son pouvoir pour renforcer le système de soins de santé public, éliminer la surfacturation et assurer la pleine conformité à la LCS. Les étapes et les stratégies spécifiques pour atteindre cet objectif évolueront en fonction des circonstances, mais l'approche multidimensionnelle et efficace de la C.-B. qui s'appuie sur des ressources considérables demeurera constante.

Compte tenu de l'issue positive du litige Cambie Surgeries, de l'accent mis sur la vérification et l'application de la loi et sur la dissuasion de la surfacturation, ainsi que des efforts continus pour éduquer le public et la communauté médicale en C.-B., nous pensons que le présent rapport d'étape démontre l'engagement ferme de la C.-B. à faire respecter les principes de la LCS dans des circonstances difficiles. En mettant en œuvre les mesures susmentionnées, la C.-B. a fait le nécessaire pour s'attaquer à la surfacturation dans la province et elle demande donc à Santé Canada le remboursement de la pénalité de 18 118 720,87 millions de dollars qui lui a été imposée pour l'exercice 2021–2022.

Nous nous attendons à ce que des mesures soient prises en vertu de la Politique de remboursement fédérale pour rembourser à la C.-B. toutes les pénalités pour surfacturation imposées à ce jour, y compris tout solde des fonds au titre du Transfert canadien en matière de santé admissible au remboursement précédemment retenus par le gouvernement fédéral et toute pénalité qui pourrait découler d'une demande liée aux pratiques en vigueur en 2020–2021.

Déclaration d'attestation

Je certifie que tous les renseignements ci-dessus témoignent de l'ampleur des efforts déployés par le ministère de la Santé pour éliminer la surfacturation et assurer la pleine conformité à la LCS et son règlement connexe, ainsi qu'aux lois provinciales et territoriales applicables.

5 février 2024

Rob Byers

Sous-ministre adjoint, Finances et Services du Ministère et chef de la direction financière
Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique





COORDONNÉES

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

La ligne d'information générale du RAS
1-866-449-4459 (région d'Avalon)
1-800-563-1557 (toutes les autres régions)

mcregistration@gov.nl.ca

ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD

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

<https://novascotia.ca/dhw/about/contact/#form>

NOUVEAU-BRUNSWICK

<https://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/ministeres/sante/Assurance-maladiesMedicaments/content/assurance-maladie/Contacts.html>

QUÉBEC

Services couverts

ONTARIO

Programme de la Loi sur l'engagement d'assurer l'avenir de l'assurance-santé

1-888-662-6613

protectpublichealthcare@ontario.ca

MANITOBA

Santé, Aînés Aînés, et des Soins de longue durée du Manitoba

300, rue Carlton

Winnipeg (Manitoba)

R3B 3M9

1-800-392-1207

SASKATCHEWAN

Ministère de la Santé de la 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 (Edmonton)

1-310-0000 then 780-427-1432 (sans frais en Alberta)

780-422-0102 (télécopieur)

health.ahcipmail@gov.ab.ca

COLOMBIE-BRITANNIQUE

Additional Fees and Charges

YUKON

Conseil médical du Yukon

1-867-667-3774

ymc@gov.yk.ca

Complaint Process

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 ou 1-867-678-8050

1-867-777-3197 (télécopieur)

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 (sans frais)

NHIP@gov.nu.ca



GESTION PUBLIQUE
INTÉGRALITÉ
UNIVERSALITÉ
TRANSFÉRABILITÉ
ACCESSIBILITÉ
